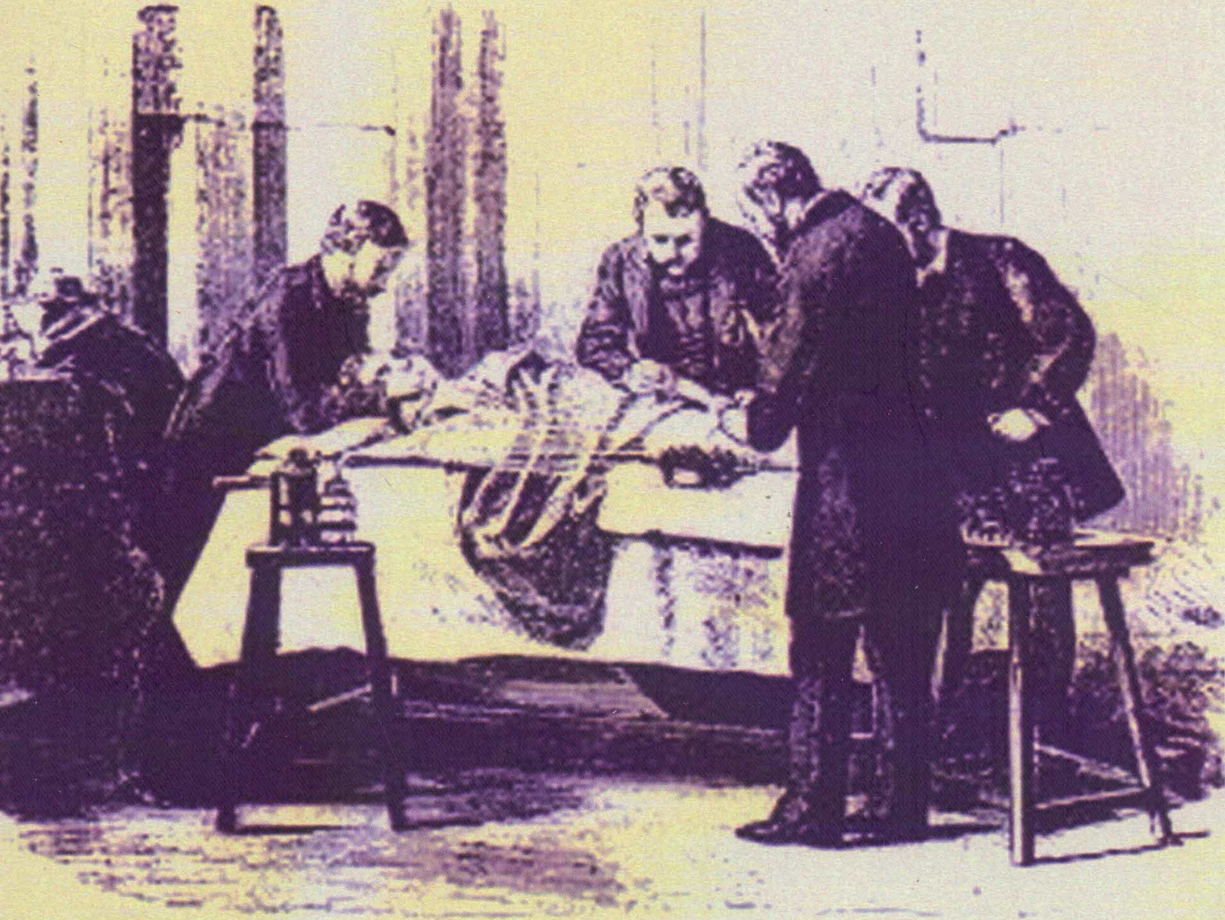
المركز القومى للترجمة

الطب الإمبريالى والمجتمعات المحلّيّة



تحرير: دافيد أرنولد

ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمى

2169

يتناول هذا الكتاب تاريخ الطب الغربى وأهدافه فى المستعمرات، خاصة فى القرنين التاسع عشر والعشرين، وفى مستعمرات مختلفة قبل استقلالها، ابتداء من مصر والكونغو، حتى الهند والفلبين. ويعيد المؤلفون تقييم الطب الغربى باستخدام نظرة شاملة تتضمن تفاعلات وتأثيرات العوامل السياسية والاقتصادية والبيئية والثقافية لدى الحكام والمحكومين.

ويبين الكتاب أن إدارات المستعمرات كثيراً ما استخدمت الطب الغربى لتبرير شرعيتها وإثبات تفوقها، أكثر مما استخدمته لفائدة الشعوب المحكومة، بل إن محاولات إدخال مفاهيم ممارسات الطب الغربى فى المجتمعات المحلية كانت أحياناً تؤدى إلى أضرار أكثر من المنافع، خاصة عند محاولة فرضها بالقوة على ثقافات ترفضها.

والكتاب من خلال مناقشة ذلك بأسلوب شائق، وأحيانا ساخر، يلقى ضوءاً جديداً على قضايا وثيقة الصلة بما يدور حالياً من جدل حول تنمية العالم الثالث وأحواله الصحية. كما أنه يلقى ضوءاً على النواحى الشعبية والفولكورية فى ممارسات الطب، والمعتقدات الطبية لدى الشعوب. وهو بهذا يبين مدى الترابط بين العلوم الطبيعية أو العلمية، والعلوم الإنسانية أو النظرية.

تصميم الغلاف: نسرين كشك

الطب الإمبريالى والمجتمعات المحلّيّة

المركز القومى للترجمة
تأسس فى أكتوبر ٢٠٠٦ تحت إشراف: جابر عصفور
مدير المركز: أنـور مغيـث

- العدد: 2169
- الطب الإمبريالى والمجتمعات المحلية
- دافيد أرنولد
- مصطفى إبراهيم فهمى
- اللغة: الإنجليزية
- الطبعة الأولى 2013

هذه ترجمة كتاب:

Imperial Medicine & Indigenous Societies

Edited by: David Arnold

شارع الجبلاية بالأوبرا- الجزيرة- القاهرة. ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤

El Gabalaya St. Opera House, El Gezira, Cairo.

E-mail: nctegypt@nctegypt.org Tel: 27354524 Fax: 27354554

الطب الإمبريالى والمجتمعات المحلّيّة

تحرير: دافيد أرنولد

ترجمة : مصطفى إبراهيم فهمى



2014

بطاقة الفهرسة
إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية
إدارة الشئون الفنية

الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية / تحرير: دافيد أرنولد؛
ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي.
ط ١- القاهرة، المركز القومى للترجمة ، ٢٠١٤
٣١٢ ص، ٢٤ سم
١- الطب
٢- الأمراض
(أ) أرنولد، دافيد (محرر)
(ب) فهمي، مصطفى إبراهيم (مترجم)
(جـ) العنوان ٦١٠

رقم الإيداع ٢٠١٢/٨٩٧١
الترقيم الدولى I.S.B.N. 978-977-216-092-1
طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

المحتويات

كلمة المترجم

يرى بعض مؤرخى الاستعمار الغربى أنه على الرغم من قسوة الحكم الاستعمارى، فإن له إنجازاته الطبية فى المستعمرات، بحيث تعد من حسنات هذا الحكم. ويتساءل محررو كتاب "الطب الإمبريالى"، وكلهم غربيون: هل كان الطب الغربى فى المستعمرات حقا طبا عقلانيا وإنسانيا كما يفترض كثير، وهل يعد حقا إحدى فوائد الإمبريالية التى لا يمكن إنكارها؟ ألا يمكن أن يكون هذا الطب فى الحقيقة سلاحا آخر من بين ترسانة الأسلحة الأيديولوجية للحكم الأجنبى التى يستخدمها فى محاولته للهيمنة؟ لمصلحة من استخدم هذا الطب؟ هل كان أساسا لمصلحة أفراد الإدارة الاستعمارية والجيش، أو كان لمصلحة شعوب المستعمرات، أو كان للاثنين معا؟

يستكشف الكتاب بأسلوب شائق، وأحيانا ساخر، أهداف الطب الغربى الإمبريالى، خاصة فى القرنين التاسع عشر والعشرين، ويظل الهاجس الرئيسى للكتاب هو تأثير هذا الطب فى المستعمرات وتأثره بها، ودوره باعتباره عامل تفاعل بين الحكام والمحكومين، وهو يجوب بنا آفاقا تمتد من الكونغو البلجيكى حتى جزر الفلبين الأمريكية، ومن علاج مجانين الهند من الأوروبيين والأهالى حتى اكتشاف سوء التغذية بين سكان العالم الثالث، وإذ يتوقف وقفة طويلة عند استعمار نيوزيلندا فإن القارئ العربى سيتبين فى هذه الوقفة، أوجه شبه كبيرة بين التطور التدريجى للمستوطنين البريطانيين فى الاستيلاء على الأرض من شعب نيوزيلندا الأصلى، وتطورات ذلك عند المستوطنين الصهاينة.

كما يوضح الكتاب كيف تزامن توسع الإمبراطوريات الاستعمارية فى القرن التاسع عشر، مع ما حدث من تقدم علمى كبير فى الطب، خاصة مع اكتشاف

الميكروبات التى لها دورها فى الأمراض المعدية، مثل الكوليرا والسل. أعطى هذا التقدم العلمى إدارة المستعمرات إحساسا أكبر بالتفوق والثقة المفرطة، وطرحت الإدارة الاستعمارية مقولة: "إنه ينبغى لأسباب إنسانية فرض الطب الغربى المتقدم على شعوب المستعمرات المتخلفة، التى يرى الغرب أن فقرها وجهلها هما السبب الوحيد الذى جعلها تصبح مرتعا للأمراض، وليس استغلالها واستنزاف ثرواتها". بعد أن كان الطب الغربى فى أول العهد بالمستعمرات يقتصر على تقديم خدماته للأوروبيين وحدهم، بدأت إدارة المستعمرات فى نهاية القرن التاسع عشر محاولة إدخال مفاهيم الطب الغربى وممارساته إلى مجتمعات أهالى المستعمرات، وواكب ذلك أيضا محاولة إدخال المفاهيم الغربية عن التقدم والعلم وصحة البيئة. غير أن هذه المحاولات كثيرا ما كانت تعوقها قيود سياسية واقتصادية وتقنية، كما كانت تقابل أحيانا بمقاومة الثقافة المحلية للأهالى الذين لهم مفاهيمهم وممارساتهم الطبية الخاصة بهم. بل إن محاولة فرض المفاهيم والممارسات الغربية بالقوة كانت أحيانًا تؤدى إلى زيادة انتشار المرض وليس وقفه. وثمة إشارة طريفة إلى أن الغربيين أنفسهم فى أول عهود الاستعمار، كانوا يلجأون عند المرض إلى الأطباء المحليين من الأهالى، وذلك حسب أوامر إدارتهم، بزعم أن هؤلاء الأطباء أدرى بالأمراض المحلية.

هكذا يعيد الكتاب تقييم تاريخ الطب الغربى الإمبريالى، مستخدما المناهج البينية الجديدة التى تلقى ضوءا جديدا على الأوضاع السياسية، والاقتصادية والاجتماعية والبيئية والأنثروبولوجية، وذلك كله من خلال دراسة ومقارنة المعتقدات والممارسات الطبية الغربية والمحلية معا. كما يثير الكتاب فى أثناء ذلك قضايا مازال لها دورها المهم حتى الآن، فيما يثار حاليًا من مناقشات حول التنمية والأحوال الصحية فى العالم الثالث. ويتضح ذلك بشكل أكبر فى الفصل الأخير حول سوء التغذية.

د. مصطفى إبراهيم فهمى

ملحوظة : حذفت هوامش الكتاب من الطبع؛ لأنها فيما يرى المترجم موجهة أصلاً للمؤرخ الطبي المتخصص وليس للقارئ غير المتخصص، علمًا بأن هذا القارئ الأخير هو الهدف الأساسي الذي يسعى المركز القومي للترجمة إلى خدمته وإفادته. كذلك فإن هذه الهوامش مطولة بأكثر مما ينبغي ويصل عددها أحيانا إلى المائة والخمسين أو أكثر لكل فصل، ولهذا فضلنا حذفها خاصة وأن هذا الحذف لا يؤثر مطلقًا في جوهر الكتاب.

تمهيد المحرر

الإمبريالية أكثر من مجرد مجموعة من الظواهر الاقتصادية والسياسية والعسكرية؛ فهى أيديولوجية ذات تركيب كان لها تعبيرات فكرية وثقافية وتقنية واسعة الانتشار فى عهود سيادة أوروبا على العالم. وقد صممت سلسلة "دراسات فى الإمبريالية" لتستكشف أساسا هذه المجالات المهملة نسبيا، وإن لم تقتصر عليها على وجه الحصر. وقد خطط فيها لكتب تتناول النواحى البيئية فى الحكم الإمبريالى، والعلم، والتعليم، والفرص الجنسية، والأدب، والفن، والتصميمات وغير ذلك. على أن إصلاح الميزان ليميل ناحية هذه الدراسات التى تتسم بالتعدد المنهجى والمزج الثقافى، لا يقصد به أنه ينبغى تجاهل دراسة الأبعاد الاقتصادية والسياسية والعسكرية. فالسلسلة تسعى لأن تبرهن على أن هذه الأبعاد لا يمكن فهمها على الوجه الأكمل إلا فى سياقها الثقافى الأوسع، وعلى أن الإمبريالية لها تأثيرات عميقة فى المجتمعات المسيطرة مثلما فى المجتمعات الخاضعة.

كثيرا ما كان ينظر إلى انتشار الطب الغربى على أنه يعد نصرا قاطعا وتبريرا حاسما للحكم الإمبريالى. وكتابة التاريخ التى تتخذ من أوروبا محورا لها، قد وصفت المرض على أنه إحدى المشاكل الكبرى التى كان على الأوروبيين أن يتغلبوا عليها، حتى يؤمنوا سيادتهم على العالم الواسع. ويجرى القول تقليديا بأنه قد حدثت فى القرن التاسع عشر استجابة من الطب الغربى لسلسلة من التحديات، فحدثت مثلا قفزات هائلة للأمام فى علم الوبائيات فيما يختص بكل من المناطق الحارة والمعتدلة، وكذلك أيضا فى الباثولوجيا (علم الأمراض) وعلم المناعة وعلم الأدوية. وقد ساعد ذلك على أن

يجعل العالم مكانا أكثر أمانا للأوروبيين. وليس هذا فحسب، بل إنه أيضا قد حسن من صحة السكان المحليين، حيث تدفقت عليهم فوائد التقدم العلمى.

على أنه قد أصبح من الواضح فى السنوات الأخيرة، أن تفاعل الإمبريالية مع المرض والأبحاث الطبية وإدارة سياسات العمل الصحية، أمر أكثر تعقدا إلى حد له اعتباره. إن الطب نفسه كان وسيلة رئيسية لنقل الأفكار الإمبريالية وتطبيقاتها، طارحا تبصرات مليئة بالإيحاءات فيما يتعلق بالصفة العامة للتوسع الأوروبى. فالإمبريالية تضفى ضوءا كاشفا على حقيقة أن الطب أيديولوجية بقدر ما هو تطبيق. وهو يمثل طريقة معينة لرؤية العلاقات الموجودة بين أفراد البشر وبيئتهم والموجودة بين الشعوب، وهو يوضح جيدا الحاجة إلى دراسة الاعتماد المتبادل بين المدن الحواضر ومناطق الأطراف.

تعكس هذه المجموعة مدى اتساع الدراسات الحالية التى تطبق على أنواع شتى من الممارسات الإمبريالية فى قارات مختلفة. كما تعكس مدى ما فيها من علوم بينية، وينبثق عن ذلك مواضيع بحث مشتركة وطرائق تحليل ذات تطبيقات واسعة مثل: المواجهة بين منظومات الطب المحلية وتلك الغربية، ودور الطب فى الحرب والمقاومة، وطبيعة طرائق تناول الصحة العقلية. كما تبرهن هذه المجموعة على أن تطبيق الأفكار الطبية كانت تحبطه القيود الإدارية، بالقدر نفسه الذى كانت الاهتمامات الإنسانية تعمل على أن ترقى به، وهناك تباين فى مدى قوة الاستجابة حسب الأهمية الاقتصادية للضحايا والسياق الجغرافى لهم. وسنجد أن الاستراتيجيات الوبائية ربما تؤدى إلى التعجيل بنشر العدوى بدلا من أن توقفها، كما سنجد أن الصلات بين المرض وسوء التغذية وعلاقتهما بالظروف الاجتماعية والبيئية التى تتأثر بسياسة العمل الإمبريالية، كل هذا لم يكن مفهوما إلا على نحو مبهم. وهذه المقالات تساهم فى إجراء مراجعة تاريخية مهمة، كما تقدم مرشدا لما يجرى حاليا من الأبحاث، وتقدم أيضا علامات طريق لما سيجرى مستقبلا من أبحاث الاستقصاء.

الفصل الأول

مقدمة :

المرض والطب والإمبراطورية

دافيد أرنولد

كتب ك. دافيد باترسون وجيرالد و.هارتويج فى مقدمتهما لكتاب "المرض فى التاريخ الأفريقى" الذى نشر فى ١٩٧٨: "أهمل مؤرخو أفريقيا عموما دراسة الظروف الصحية فى الماضى - كما أهملوا دراسة دور المرض والرعاية الصحية والطب فى التاريخ - وذلك على الرغم من الأهمية الواضحة لثقل عبء المرض على القارة الأفريقية". وهذه المقولة تبدو الآن أقل صحة إلى حد له مغزاه عما كان عليه الأمر منذ عقد (وذلك فى جزء منه بفضل ما بذله هارتويج وباترسون من جهودهما الخاصة)، وعموما فإن تاريخ المرض والطب لم يعد يهمل الآن مثلما كان يحدث قبل، وإذا كان الكثير من هذا الاهتمام الدراسى يتركز على دور وتأثير المرض والطب فى مجتمعات أوروبا وأمريكا الشمالية، فإنَّ سائر العالم أخذ يخضع أيضا للفحص المدقق على نحو متزايد. وقد تم بحث بعض المناطق على نطاق أوسع من غيرها: فالأدبيات عن أفريقيا أصبحت الآن متنوعة وواسعة المدى على نحو مثير للإعجاب، أما الأدبيات عن جنوب آسيا وجنوب شرقها فما زالت قليلة نسبيا، فى حين أنه يمكن لمنطقة المحيط الهادى وأستراليا أن تباهى بما يخصها من أدبيات تتنامى سريعا. ولا ريب فى أنه مازال هناك الكثير مما يمكن إنجازه، وسوف يتم إنجازه. ولكننا على الأقل نجد من الواضح أن الكثير من المؤرخين هم الآن واعون بما للأرشيف الطبى من ثراء، وما له من قيمة فى دراسة التاريخ الاجتماعى والسياسى والاقتصادى.

نظرا لحداثة هذا المجال فلعل مما لا يثير الدهشة، أنه لا يوجد إلا قدر ضئيل من الاتفاق بشأن ما تكون القضايا المحررة في تاريخ الطب والمرض في سياق ما هو خارج أوروبا. لا ريب أنه لا يوجد إجماع بشأن أي طريقة للتناول تتخذ لذلك. هناك كثير من الأدبيات الموجودة تتسم صراحة بأنها ذات صفة استكشافية، ولا تفعل إلا ما يزيد قليلا على مجرد التعرف على فترات أو اتجاهات يبدو أن لها مغزاها الأوسع، أو أنها في حد ذاتها تمثل نقط تحول تاريخية. بعض الكتاب، كما في أوروبا، يقتصرون على دراسة وباء واحد، هادفين من ذلك إلى تعرية الخلافات والتوترات التي يكشف عنها مجتمع ما عندما يكون في حالة أزمة، بينما يحيط آخرون بحثهم بإطار من لغة "الاقتصاد السياسي" للصحة والمرض، ويلتمسون إيجاد علاقة بين وقوع المرض وما يُجدَّد من موارد الرعاية الصحية من ناحية، وبين البنى السياسية والاقتصادية للحكم الاستعماري من الناحية الأخرى. بل هناك عدد قليل منهم لديهم طموح أكبر فوصفوا انتشار المرض خلال الكرة الأرضية عبر القرون الخمسة الأخيرة. الديموجرافيا(*) التاريخية، هي أحد المجالات التي تزايد الاهتمام بها على نحو سريع، بينما ثمة علم جديد بازغ هو الأنثروبولوجيا(**) الطبية، أخذ أيضا في تفتيح طرائق تناول تاريخية جديدة لدراسة المرض والطب، في المجتمعات المحلية في أفريقيا وآسيا وأقيانوسيا والأمريكتين. ومع ما يوجد من هذا التنوع في طرائق التناول، ومع ما يوجد أيضا من انقسام متواصل بين أولئك الذين يرون أن تاريخ الطب هو قصة تظهر لنا الاكتشافات العلمية وانخفاض معدلات الوفاة، وبين أولئك الذين يرون الطب في ضوء يفسره تفسيرا أوضح "كنتاج ثقافي" و"انعكاس للكيان الكلي للمجتمع"، مع كل هذا

(*) الديموجرافيا: علم السكان، أي الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج.. الخ. (المترجم).

(**) الأنثروبولوجيا: علم الإنسان الذي يبحث في أصل الجنس البشري وتطوره وأعراقه وعاداته ومعتقداته.(المترجم) .

فإنه من غير المحتمل أن تنبثق فى المستقبل القريب أى صورة عامة متفق عليها. على أنه سيكون من التسرع افتراض وجود أى نوع من تطابق طبيعى أو أوتوماتيكى، بين الخبرات التاريخية لتلك البلاد المختلفة جغرافيا وسياسيا وثقافيا، والتى كانت تشكل العالم الاستعمارى الغربى على مدى القرون الحديثة.

ولكن إذا كان هذا الكتاب لا يستطيع الزعم بوجود أى نوع من هذه الشمولية أو العمومية، فإنه يمكن على الأقل أن يطرح أن هناك أهمية لمباحث وقضايا معينة، بازغة فى تاريخ الطب والمرض ودورهما فى سياق المجابهة الاستعمارية. ويركز المساهمون فى هذا الكتاب على القرنين التاسع عشر والعشرين، من حيث إنهما يمثلان فترة تغير خطير بالنسبة لتاريخ الطب الغربى، وكذلك أيضا بالنسبة لحياة معظم الشعوب غير الأوروبية، كما أن المشاركين يعينون المرض والطب كموقع للاتصال والاختلاف بين الحكام الغربيين والشعوب المحلية، يحتمل أن يصبح موقع التقاء بينهما فى النهاية، كما يعمل المشاركون على توضيح التناقضات والتنافسات الموجودة من داخل النظام الإمبريالى نفسه، ويعينون أهمية الطب والمرض بالنسبة للإطار الأيديولوجى والسياسى للإمبراطورية، ويجذبون الانتباه لدور هيئات العمل الطبية والممارسات الطبية فى تشكيل تأثيرات النظم الاستعمارية وهويتها، والمشاركون فى الكتاب، إذ يفعلون كل ما سبق، إنما يبرهنون بذلك على ما للمرض والطب من أهمية محورية لأى فهم للحكم الإمبريالى.

الشاغل الرئيسى هنا لا يتعلق بالمرض والطب فى حد ذاتهما، بقدر ما يتعلق بالفائدة من استخدامهما – ما الذى يكشفان عنه من طبيعة هذه الإمبريالية الشاملة ومشاغلها وطموحاتها ومناهجها؟ – وفى الوقت نفسه فإن مؤلفى الكتاب، لا ينظرون إلى الأفكار والمؤسسات الطبية الغربية على أنها تعمل فى فراغ ثقافى، أو أنها بنى يمكن فرضها طوعا أو كرها على مجتمعات محلية فى حالة إذعان، والأحرى أنهم ينظرون إلى الطب والمرض على أنهما يوصّفان علاقات من القوة والسلطة، بين الحاكمين والمحكومين وبين العناصر المكونة للاستعمار. هذه العلاقات

ليست استاتيكية، كما أنها ليست بالضرورة مما لا يقاوم: فهى تخضع لتأثيرات تنبثق من الغرب (ليس فقط من خلال تطورات علم الطب فى أثناء تلك الفترة)، كما أنها تخضع كذلك لتأثير التغيرات التى تنشأ من داخل المناطق المحلية نفسها. هذه العلاقة المركبة المتحولة هى فى الصميم من حالات الدراسة التالية، التى يؤمل أنها من خلال تفحصها للمرض والطب سوف تساعد على الإسهام فى تقييم جديد لطبيعة الإمبريالية نفسها.

المــرض

فى القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين كانت مخاطر المرض وأضراره السلبية، تعد بالنسبة للكثير من الأوروبيين من أفراد الإدارة والمصلحين والأطباء بمنزلة جزء راسخ من بيئة المناطق الحارة المعادية التى لم تروض بعد. وكان ينظر إلى أفريقيا وآسيا والأمريكتين على أنّ لها كلها أمراضها المميتة المعوقة، التى لا يمكن السيطرة عليها على نحو فعال إلا عن طريق ما فى الطب الأوروبى من فائق المعرفة والمهارة. حسب هذه النظرة فإن التدخل الطبى الأوروبى يمثل التقدم فى اتجاه نظام اجتماعى وبيئى أكثر "تحضرا". وبالتالى فإن فلورانس نايتينجيل(*)، التى كان لها أهميتها كشخصية فى تاريخ السياسة الطبية بالمستعمرات البريطانية، كانت ترى أن إنشاء إدارة للصحة العامة فى الهند هو جزء من مهمة "جلب حضارة أرقى إلى الهند"، وكانت تعتقد أن إدخال الرعاية الطبية فى شبه القارة الهندية ليس "مهمة نبيلة" فى حد ذاتها فحسب: وإنما هو أمر لا يقل عن "خلق الهند خلقا جديدا". وبالنسبة لدافيد ليفنجستون المبشر الدينى والمستكشف، فإن الطب كذلك يقدم طريقا لإنقاذ أفريقيا من حالة المعاناة التى تكابدها، و "لجعلها متحضرة"، ولإعدادها لنعم المسيحية.

(*) فلورانس نايتينجيل ١٨٢٠ - ١٩١٠: إنجليزية تعد أول من أسس علم التمريض وهيئات التمريض المنظمة، وكان لها دور كبير فى تمريض الجنود فى حرب القرم. (المترجم).

ومع أنه كان هناك أحيانا إدراك لما للوجود الأوروبى من نتائج صحية سلبية (كما فى حالة الأمراض التناسلية)، فإنّ الطب كان يؤخذ كمثل أصيل لما للحكم الأوروبى من تاثيرات بناءة ومفيدة، وبالتالى كان الطب يعد بالنسبة للفكر الإمبريالى كإحدى الدعاوى التى تبرر شرعيته، وأقل هذه الدعاوى إثارة للخلاف. كان هيوبرت ليوتى أحد زعماء من يؤيدون أن الطب العسكرى أداة للمساعدة فى إرساء السلطان الفرنسى فى أفريقيا، وقد ذهب بعيدا إلى حد الزعم بأن "العذر الوحيد للاستعمار هو الطب". وقد ألقى ليوتى خطابا فى ١٩٢٦، مع قرب نهاية نشاطه المهنى، اعترف فيه بأن الاستعمار له "جوانبه القاسية"، وأنه ليس "فوق اللوم"، وليس "خاليا من المثالب". ولكنه يصر على أنه إذا كان هناك أمر واحد يضفى النبل على الاستعمار ويبرره، فهو ما يفعله الطبيب. وأحيانا يقترب رأى المؤرخين أيضا من التصديق على هذا الحكم. فقد كتب لويس جان وبيتر ديجنان لغة فيها أصداء من رأى ليوتى، فزعما وهما يناقشان انخفاض معدل الوفاة فى مستعمرات غرب أفريقيا وما يحدث فيها من نمو سكانى متدفق أنه، "أيا ما كانت المساوئ السياسية للاستعمار فإن نجاحه من الناحية البيولوجية يعد من أعظم قصص النجاح فى التاريخ الحديث".

على أن معظم الكتاب الحديثين يتخذون آراء فيها نقد أشد كثيرا، فيلقون الأضواء الكاشفة على الكوارث الديموجرافية والاجتماعية التى نتجت عن بدء مخالطة الأوروبيين، ويرون أن الاستعمار نفسه خطر صحى رئيسى على السكان المحليين. أما "نجاحات" الطب الغربى، إن كان قد ظهر له نجاحات على الإطلاق، فينظر إليها على أن وصولها كان متأخرا فى العصر الاستعمارى، أو على أنها لم تفد إلا جزءا من إجمالى عدد السكان. ويتركز أحد خطوط النقاش على الأمراض الوبائية التى يكون لها غالبا تأثير مدمر، والتى أدخلها الأوروبيون بلا وعى منهم، وأطلقوا العنان لها فى مجتمعات ليست لديها خبرة سابقة بنتائج الأوبئة المخربة، كما أنها بما يثير الأسى مجتمعات ليس لديها إلا أدنى مناعة ضد هذه الأوبئة. من الأمثلة المثيرة لذلك أكثر الإثارة الجدرى والحصبة وغير ذلك من الأمراض الوبائية، التى صاحبت الفتوح

الإسبانية فى المكسيك وبيرو فى أوائل القرن السادس عشر. مما يعتقد الآن أن وصول هذه "الأمراض الوبائية فى أرض عذراء"، كان له دور فى إسقاط إمبراطورية الأزتيك والأنكا(*) لايقل عن دور الأسلحة الإسبانية والجبروت الإسبانى، فقد أبيد السكان المحليون بأمراض معدية كان الفاتحون أنفسهم محصنين إلى حد كبير ضدها. وقد تكرر هذا النمط من الغزو البكتريولوجى فى أجزاء كثيرة أخرى من العالم غير الأوروبى، فى القرون التالية - كما حدث مثلا بين الكُويكُوى فى جنوب أفريقيا فى القرن الثامن عشر، أو بين الأبورجينيين الأستراليين، والماوورى النيوزلنديين وسكان جزر الهادى فى القرنين الثامن عشر والتاسع عشر. من المعتقد أن الجدرى كان السبب فى هلاك نصف السكان الأبورجينيين حول بورت جاكسون فى ١٧٨٩: وفى ١٨٧٥ نجم عن وباء للحصبة مقتل ثلث سكان فيجى المحليين تقريبا. وبالتالى، فإن الأوروبيين فى أجزاء كثيرة من الكرة الأرضية قد سببوا بالمعنى الحرفى للكلمة "تأثيرا قاتلا" فى المجتمعات المحلية. وكما ذكر تشارلز داروين: "حيثما كان الأوروبى يخطو كان يبدو أن الموت يطارد الأبورجنيين. ويمكننا أن ننظر نظرة ذات مدى أوسع إلى الأمريكتين وبولينيزيا ورأس الرجاء الصالح وأستراليا لنجد فيها هذه النتيجة" نفسها. كان الارتباط بين المرض ووصول الرجل الأوروبى بحرا أمرا جد واضح فى إدراك السكان المحليين مثلما كان واضحا فى إدراك داروين، حتى أن سكان جزر كوك كانوا فى الثلاثينيات من القرن الثامن عشر، يستخدمون عبارة "عندى داء السفن" عندما يقعون فريسة لمرض أجنبى. قد يبدو لمؤرخى الغرب أن الفترة من ١٣٠٠ - ١٦٠٠ هى فترة أعظم هجوم ضار للأمراض الوبائية، أما بالنسبة لمؤرخى أجزاء كبيرة من أفريقيا وأقيانوسيا، وربما أيضا جنوب وجنوب شرق آسيا، فإن القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، أى فترة الفتح والاستعمار الأوروبى، كانا عصرا بلغ فيه معدل الوفيات من الأوبئة نسبا تكاد تساوى عدد الوفيات فى الهنود الحمر الأمريكيين فى القرن

(*) ممالك لشعوب متمدنة فى المكسيك وأمريكا اللاتينية قبل أن يغزوها الإسبان، ١٥١٩ (المترجم).

السادس عشر. يستنتج باترسون وهارتويج أنه مع إمكان استثناء غرب أفريقيا، فإنه "لا شك أن أسوأ فترة صحية فى كل التاريخ الأفريقى هى بين ١٨٩٠ و١٩٣٠".

وبالطبع فإن من الصعب أبلغ الصعوبة أن نبرهن على هذه الدعاوى. نحن حتى الآن لا نعرف إلا القليل جدا عن طبيعة انتشار المرض (والأسباب الأخرى للوفيات)، بين سكان الأمريكتين أو أفريقيا السوداء أو بولينيزيا قبل وصول الأوروبيين، بل لا نعرف إلا ما هو قليل جدا عن الكوليرا والجدرى فى الهند قبل ترسيخ الحكم البريطانى، بحيث لا نستطيع إقامة هذه الدعاوى ونحن واثقون منها. لعل من الخطأ أن نفترض أن مجتمعات ما قبل الاستعمار - حتى تلك التى كانت معزولة واقعيا عن سائر العالم - كانت تستمتع بوجود آمن خالية من الأمراض المستوطنة والمعاناة الدورية الناتجة عن المجاعة والحرب والوباء، ولعل تفجر الأوبئة التى أصابت مجتمعات كثيرة فى أعقاب وصول الرجل الأبيض، أمر قد اكتسب أهمية فحسب لأن الأوروبيين كانوا حاضرين ليسجلوا هذه الأوبئة. ولعله قد حدثت قبلها كوارث كثيرة وبائية وإيكولوجية(*) سابقة لتلك الأوبئة، ولم تجد طريقها لتسجل فى أى تقرير تاريخى يظل باقيا. وكمثل، فإنه يبدو من غير المحتمل أن الصلات التجارية القديمة بين الهند وشرق أفريقيا لم تجلب فى أعقابها أوبئة الجدرى قبل القرن التاسع عشر بزمن طويل، أو أن طرق الحج إلى مكة ومن مكة ظلت طيلة القرون لا تضرم ذيولا من نيران الأوبئة، عبر شمال أفريقيا والشرق الأوسط وغرب آسيا.

على أنه مع الاحتفاظ فى الذهن بهذا التحذير المهم، يظل يبدو من المحتمل أن حجم التدخل الأوروبى وقوته فى الفترة من أواخر القرن الثامن عشر إلى أوائل القرن العشرين قد أثر تأثيرا ضخما، لعله غير مسبوق، فى شعوب أفريقيا وآسيا وأقيانوسيا من الناحية الوبائية والبيئية. وأسباب ذلك جديرة بأن تلخص هنا.

(*) الإيكولوجيا: فرع البيولوجيا الذى يدرس العلاقة بين الكائنات الحية وبيئتها. (المترجم).

شكل الأوروبيون صلات وبائية جديدة، إما بتوصيل أمراض (كالجدرى والحصبة) كانت موجودة فى أوروبا منذ زمن طويل، أو بإرساء روابط بين أجزاء من العالم لم يكن يوجد قبلها إلا صلات محدودة بين الواحد منها والآخر (إن كان هناك أى صلات). الطريقة التى انتقل بها الطاعون من هونج كونج فى ١٨٩٤، إلى بومباى فى ١٨٩٦، وإلى كيب تاون فى ١٩٠٠، ونيروبى فى ١٩٠٢، ثم إلى غرب أفريقيا بعد مرور عقد أو ما يقرب، هذه الطريقة تدل على وجود وسيلة جديدة لنشر المرض، وقد تفتحت بواسطة ما وجد حديثا من تجارة ووسائل نقل و روابط إمبريالية: وتكرر هذا النمط، وبشكل أسرع وأكثر تدميرا من جائحة(*) الأنفلونزا فى ١٩١٩/ وقد ساعدت وسائل التجارة والنقل الأوروبية على نشر الأمراض نفسها، وساعدت أيضا على نشر الكائنات الناقلة للمرض، أى البعوض والبراغيث والقمل التى يتم توصيل الأوبئة بواسطتها، وقد كان هناك بعض اتصال قبل العام ١٨٠٠ بطول السواحل الأفريقية والآسيوية، إلا أن القرن التاسع عشر أتى ومعه الاختراق الأوروبى التجارى والسياسى، وخلق البنية التحتية الاستعمارية - الطرق والسكك الحديدية ومنظومات الهجرة العمالية، والتجنيد العسكرى والإدارة المدنية - وأدى هذا إلى اختراق الموانع الساحلية، وتدمير تأثير ما كان يوجد من انعزال صحى، ناتج عن بعد المسافات وبطء النقل البرى بما لهما من تأثير وقائى بالنسبة لانتشار الأمراض المستوردة. وقد انتشرت جائحة الأنفلونزا ١٨/١٩١٩ عبر تلك الخطوط الداخلية من الاتصال والمواصلات فى أفريقيا - من خلال الجنود وعمال المناجم، ومن خلال الأسواق ومحطات السكك الحديدية - وكانت طريقة انتقال جائحة الأنفلونزا هكذا، برهانا مذهلا على درجة الاختراق الأوروبى تجاريا وإداريا عند نهاية الحرب العالمية الأولى.

(*) الجائحة: وباء ينتشر انتشارا واسعا قد يشمل عدة أقطار معا. (المترجم)

تم انتقال عدوى بعض الأمراض انتقالا مباشرا بواسطة الأوروبيين أنفسهم. وكان الزهرى(*) يعرف فى هند القرنين السادس عشر والسابع عشر باسم (فرانجى روجا)، أى المرض الأوروبى، وكان انتشاره وثيق الارتباط بالمخالطة الجنسية مع الأوروبيين، وكان الجنود البيض من العوامل القوية لنشر المرض هم ومعاونوهم من المحليين والحمالين وتابعيهم فى المعسكرات. نتج عن حروب الفتوح الاستعمارية، وحملات سحق الثورات المحلية، والحملات العسكرية فى الحربين العالميتين، أنها أدت إلى جلب مصائب من الأوبئة للسكان المدنيين، كما أدت أيضا إلى خلق معدلات وفيات عالية من المرضى بين الجنود أنفسهم. كذلك كان للسياسة الاستعمارية لتجنيد العمال نتائج صحية خطيرة سواء بالنسبة للعمال أو للمجتمعات التى أخذوا منها. وتوافرت ظروف من سوء شئون البيئة الصحية والازدحام فى مجتمعات المناجم وفى المصانع، مما خلق بيئات مصغرة تسهل نشر المرض بين أفراد قوة العمل، وساعد على ذلك وجود الأمراض التناسلية التى تنتقل بالبغاء، كما ساعد على ذلك أيضا إدمان الكحول وما يوجد من تلوث صناعى، كما أن أمراض المنجم والمصنع والمدينة عادت بدورها لتنتقل محمولة بواسطة العمال المهاجرين، عند رجوعهم إلى عائلاتهم وقراهم.

بل إننا نجد بالمقياس الأكبر أن طبيعة الاقتصاد الاستعمارى، هى والتغيرات الإيكولوجية التى يجلبها الاستعمار (أو يعجل بها) قد تكون لها تأثيرات فى الصحة العامة، بحيث تنتشر هذه التأثيرات لمدى أبعد أو تظل باقية لزمن أطول. وهكذا فإن ما حدث من توسع فى قنوات الرى وإنشاء جسور السكك الحديدية، أدى إلى أن خلق فى الهند المأوى الملائم للبعوض حامل الملاريا. فى أفريقيا الشرقية حدث انتشار للآجام غير المزروعة فى أعقاب طاعون الماشية، كما أصاب الجدرى والمجاعة هذه المنطقة فى أوائل الفترة الاستعمارية، ومن المعتقد أن هذا كله كان مسئولا عن الانتشار السريع

(*) الزهرى: مرض تناسلى له مضاعفات خطيرة، وكاد يختفى بعد اكتشاف البنسلين، إلا أنه عاد للظهور حاليا. (المترجم).

لمرض النوم الذى تحمله ذبابة تسى تسي. ويقول جون فورد فى عبارة محملة بالإدانة، إن تقدم الاستعمار فى أفريقيا كان بمنزلة علامة على "نشوب حرب بيولوجية على نطاق واسع".

والنظام الاستعمارى قد يؤدى بمرور الوقت إلى توفير نظام للرعاية الصحية يقطع فيه جزء من الطريق نحو الإيفاء بحاجات السكان المحليين، إلا أن هذا قد يؤدى فحسب إلى تعويض جزئى عن المشاكل الصحية التى قد ساعدت على خلقها السياسة الاستعمارية نفسها بالنسبة للأرض والعمل.

مما لا ريب فيه أن المرض له تأثيره الخطير ديموجرافيا واجتماعيا، إلا أن هذا وحده لا يستنفد كل أهمية المرض كعامل له دوره فى تاريخ الإمبريالية الأوروبية، وخبرة السكان المحليين ورد فعلهم. فتاريخ المرض لهو أكثر من أن يكون مجرد تاريخ للميكروبات ومعدلات الوفاة والعلاج. من المحتم أن "الإنسان يخلع عباءة أخلاقية على الكون الذى يعيش فيه "، وكل مجتمع، سواء فى الوقت الحالى أو فى الماضى يكون للمرض فيه، وخاصة المرض الوبائى، أهمية أوسع من الناحية الاجتماعية والسياسية والثقافية. وباء الإيدز الحالى ليس إلا أحدث ما يذكرنا بالنزعة الإنسانية الثابتة للاتجاه لقراءة معنى ما فى المآسى الجماعية، ولإضفاء اللوم وإيجاد كبش فداء، ولأن نرى يد الله أو الشيطان فى نشر المرض والمعاناة، وإلا فإن الأمر سيبدو بغير ذلك ملغزا. وكما يذكرنا مقال تيرينس رينجر فى هذا الكتاب، فإنه يمكن للقطاعات المختلفة فى المجتمع أن تستمد من الكارثة الواحدة نفسها رسائل مختلفة اختلافا صارخا. بالنسبة للموقف الاستعمارى حيث الفجوة الثقافية والسياسة بين الحكام والمحكومين، هى فجوة يزيد الاحتمال بأنها هنا أشد حدة على وجه الخصوص، فى موقف كهذا فإنه قد ينظر إلى الأوبئة بنظرات مختلفة، كأن تعَد حكما إلهيا على أناس فى ظلمات الجهل، أو تعد نتيجة لحقد استعمارى قد أطلق عنانه ضد عرق مثير للشغب. ويؤدى تزامن وقوع الكارثة الوبائية مع الفتح الأوروبى إلى أن يزيد من عمق الارتباك والضرر الناتجين من

الفتح نفسه. وكلما كانت مناعة الرجل الأبيض ضد المرض مناعة أكبر، زاد الشك فى أنه على نحو ما شريك فى جريمة إحداث البؤس والمرض للسكان المحليين.

كان المرض عاملا فعالا فى التصور الأوروبى للمجتمع المحلى. حدث هذا بوجه خاص فى أواخر القرن التاسع عشر، حينما أخذ الأوروبيون يتباهون بفهمهم العلمى لما يسبب المرض، وأخذوا يهزأون من استجابات السكان المحليين للمرض التى رأوا فيها إذعانا لحتمية القضاء والقدر، وإيمانا بالخرافة وسلوكا همجيا. ويكتب ليرُوى لادورى (فى عبارة مستعارة) ليتحدث عن "توحد الكرة الأرضية بالمرض" فى الفترة بعد ١٣٠٠م، ومن حيث علم الأمراض فإن هذا فيه الكثير من الحقيقة، أما من حيث التبصر فإن المرض فى العصر الإمبريالى كان أحد العوامل الرئيسية للتفرقة. وهناك علم "طب المناطق الحارة" البازغ الذى أسبغ شرعية علمية على فكرة أن عالم المناطق الحارة عالم بدائى فيه بيئة خطرة، ويتمايز هكذا عن عالم المناطق المعتدلة الذى يتزايد أمنا وصحة بيئية. عندما أخذت أوروبا تخلص نفسها من ماضيها الوبائى الخاص بها، نسيت أن أمراضا مثل الكوليرا والملاريا والجدرى والطاعون، وإن كانت يتزايد إقصاؤها عن أوروبا لتتجه إلى المناطق الحارة، فإنها قد ظلت جزءا من خبرة أوروبا الخاصة حتى عهد قريب. هكذا أصبح المرض جزءا من الإدانة الأوسع نطاقا التى توجه "للتخلف" الأفريقى والآسيوى، فأصبح الطب بقدر يماثل ذلك تماما سمة للكبرياء العرقية والثقة التقنية اللتين تعدان فى الأساس من "الإمبريالية الجديدة" فى أواخر القرن التاسع عشر.

باتخاذ غطاء من اللغة الطبية الموضوعية والحديث عن "علم صحة البيئة"، كثيرا ما كانت المواقف الطبية الأوروبية تظل متسمة بالذاتية إلى حد كبير، إذ تتجسد فيها التحيزات الاجتماعية والثقافية لذلك العصر. وكان المرض بالنسبة للمبشرين فى أفريقيا دليلا ملموسا على وجود فساد أخلاقى واجتماعى، من واجبهم الدينى العمل على الخلاص منه. وكان يحدث بسهولة أن يقع خطأ فى تشخيص مرض بثرة التوت المتوطن، ليشخص على أنه حالات من الزهرى تنتقل عن طريق الجنس. مما يقبل

النقاش أن هذا الخطأ ليس حالة خطأ طبى فى التشخيص، وليس هو نتيجة لاهتمامات بحث تجرى فى أوروبا فحسب، وإنما هو أيضا نوع من الإيحاء الناجم عما كان الأطباء المبشرون يزعمونه من تفشى الانحلال فى أفريقيا.

وبمثل ذلك فإن الكوليرا فى الهند كان ينظر إليها على أنها أكثر من أن تكون مجرد مرض رهيب. وإنما كان يربط بينها وبين الكثير مما كان رجال الطب والإدارة يرونه فى حج الهندوس وطقوسهم، التى كانت - فى نظرهم - من الأمور الأجنبية الغريبة والمنفرة. وبلغ من تفكيرهم هكذا أن أصبح الهجوم على الكوليرا يخفى وراءه تهجما بلا مواراة على الهندوسية نفسها.

نشأت عملية من الربط بين أمراض كالجدرى والطاعون والكوليرا والملاريا وبين السكان المحليين - وعزز من ذلك ما حدث من الفهم المتزايد للعوامل المسببة للمرض، ولنقل العدوى فى أواخر القرن التاسع عشر - وأدى هذا الربط إلى تعميق الشكوك الأوروبية بشأن السكان المحليين ككل، وكذلك بشأن أولئك الخدم والمساعدين ورفاق السكن فى المدن، الذين كان الأوروبيون يعيشون على قرب وثيق منهم من وجهة النظر الوبائية. وفر العلم - والخوف من التقاط الأمراض "المحلية" - ذريعة للانسحاب بعيدا عن أى اتصال اجتماعى وثيق، وذريعة لأن تتخذ المناطق السكنية الأوروبية موضعها، بحيث تكون بعيدة تماما عن "المخازن المحلية للعدوى بالمرض" الموجودة فى الأسواق ومناطق المدن والأحياء الفقيرة وبيوت الحمالين. أما فى جنوب أفريقيا حيث كانت الأمور متطرفة فإن العزل الاجتماعى المستوحى من الطب، أدى إلى زيادة سرعة التحرك نحو العزل العرقى حسب مذهب فج من التمييز العنصرى. على أن هذا كان له ما يناظره فى أماكن أخرى خاصة فى أفريقيا الغربية البريطانية حوالى نهاية القرن. ظل العزل العرقى زمنا بمنزلة قاعدة أساسية عامة للإدارة الصحية، تفرضها الحكومة الإمبريالية فى كل "ماليديها" من مستعمرات المناطق الحارة.

أدى سوء صحة الشعوب المحلية إلى تعزيز ما لدى الأوروبيين من الإحساس المتنامى، بأنهم متفوقون بالفطرة عرقيا وبدنيا. فى عهد داروين لم يكن يوجد إلا أدنى

الإحساس بالأسف على السكان المحليين، الذين يصيبهم المرض أو الهلاك لمجرد رؤيتهم لرجل أبيض. كان من السهل الإيمان بتفوق من هو "أصلح" بيولوجيا. وأدى وجود الأمراض التى تسبب الضعف والعجز مثل الملاريا ومرض النوم - أو "السبات الزنجى"، عند نخاسى غرب أفريقيا - أدى ذلك إلى تعزيز الأفكار عن ضعف السكان المحليين وكسلهم ودونيتهم، كما أسهم بقوة فى نشأة قوالب نمطية عرقية عند الأوروبيين، وعلى عكس ذلك (كما تذكرنا مقالات ولترود أرنست حول البريطانيين فى الهند)، فإن الأوروبيين الذين يصيبهم مرض بدنى أو عقلى سرعان ما كان يتم وضعهم فى المصحات، أو يعاد إرسالهم إلى أوروبا قبل أن يصبح فى الإمكان تلطيخ صورة التفوق الأبيض.

أثرت بيئات المرض ومفاهيمه تأثيرا حاسما فى صميم خواص النظام الإمبريالى البازغ، ونجد فى بعض مناطق العالم أن الغزوات الوبائية التى صاحبت وصول الأوروبيين، قد ساعدت على إخلاء الطريق أمام الرجل الأبيض، فأزاحت جانبا أى مقاومة عسكرية، وأدت الأمراض إلى إخلاء الأراضى التى تلائم البيض ليزرعوها ويقيموا فيها. هذا النمط الذى توطد فى الأمريكتين فى القرن السادس عشر مالبث أن تكرر فى القرون اللاحقة وإن كان ذلك على نطاق أصغر، فحدث مرة أخرى فى أستراليا ونيوزيلندا، والكاب ومرتفعات كينيا. وكما يحاج أ. و. كروسبى، فإن التوسع الأوروبى فى "الأوروبات الجديدة" بالمناطق المعتدلة من الكرة الأرضية، أمر قد ساعد عليه عملية من "إمبريالية بيولوجية" مكنت من إرساء ما هو أوروبى من المحاصيل والحيوانات والأمراض، وذلك على حساب ما هو محلى سواء من المنظومة النباتية والحيوانية أو من الشعوب. ومن الناحية الأخرى فإن السيطرة الأوروبية كانت عرضة لأن تكون أمرا مكلفا ومحفوفا بالمخاطر، فى المناطق التى أعمل فيها عامل المرض تأثيره فى الاتجاه المضاد.

إن هذه الحتمية البيولوجية عند كروسبى فيها الكثير مما يدعو للإعجاب، ولكنها تغفل رؤية قدرات الأوروبيين على ابتكار كيانات للاستغلال والتحكم، تصل إلى أن

تحول حتى الأراضى المعادية لهم بيئيا، بحيث تصبح مفيدة ومريحة لهم. كانت معدلات وفاة الأوروبيين على ساحل أفريقيا الغربية عالية بدرجة مذهلة، بحيث اكتسب ذلك الساحل لقب "مقبرة الرجل الأبيض". على الرغم من ذلك إلا أن أوروبا واصلت هناك أعمال تجارة الصيد والذهب ذات الربح العالى، مستخدمة الأفريقيين من التجار ورؤساء القبائل وغيرهم من الوسطاء المحليين، حتى يستكملوا ما كان من وجود الأوروبيين هناك وجودا عابرا بأقل الأعداد. أما فى جزر الهند الغربية حيث توجد بيئة مرضية تؤدى إلى تكلفة باهظة متزايدة من أرواح الرجال البيض (وسبب ذلك فى أغلبه أمراض مستوردة من خلال تجارة العبيد)، فقد استغل الأوروبيون جهد العبيد الأفريقيين لإنتاج السكر الذى تتلهف عليه أوروبا، ذلك أن العبيد إما أنهم لديهم مناعة ضد هذه الأمراض، أو أنهم يعدون من الرخص بحيث يمكن استهلاكهم فى سبيل الوصول إلى أرباح أعظم. فى هند القرن الثامن عشر أيضا، على الرغم من الحكمة التقليدية التى تقول: إن النزلاء الجدد نادرا ما يبقون لأكثر من فصلين من الرياح الموسمية، فإنه لم يحدث أى تفكير فى أن يهجر الأوروبيون تجارتهم وممتلكاتهم القيمة، بسبب ارتفاع معدل الوفاة بينهم. وعلى أى حال ينبغى أن نتذكر أن الأوروبيين قبل منتصف القرن التاسع عشر، لم يكونوا قط متفقين على السبب فى ارتفاع معدل الوفاة بينهم فى المناطق الحارة. وبالإضافة إلى ذلك فإن معدلات الوفاة بأوروبا نفسها كانت لا تزال عالية أقصى العلو. فكان من السهل أن يموت المرء من الجدرى (أو من الشراب) فى لندن القرن الثامن عشر مثلما فى كلكتا، ولكنه قد لا يحوز إلا فرصا أقل عددا "لهز شجرة الباجودا"(*) ليجمع ثروة تعينه على الحياة.

عامل المرض مما يمكن أيضا التوصل لحل وسط لمشكلته عن طريق تجنيد الأفراد المحليين كمساعدين وإداريين. وقد تم تجنيد لواء ين من سكان جزر الهند الغربية فى

(*) الباجودا: معابد فى شكل أبراج ذات أدوار متعددة فى الهند والصين. (المترجم).

١٧٩٤، وكان هذا إحدى الوسائل التى جابه بها البريطانيون الخراب الجديد الذى لحق وقتها بالجيوش الأوروبية، فى هذه المنطقة بسبب الحمى الصفراء(*) . وحتى بعد أن زادت معارف الطب الغربى، ظلت السيطرة والتوسع الاستعماريان البريطانيان/ الفرنسيان فى أفريقيا وآسيا يعتمدان بشدة على الجنود المحليين، تدعمهم أعداد أصغر من أوروبيين يعملون على فترات "موسمية". بطريقة مماثلة تم نقل عبء المرض فى مناجم أفريقيا أو فى مصانع المناطق الحارة، ليتحول فى معظمه من البيض إلى العمال المهجرين السود أو السمر. لعل المرض قبل العام ١٩٠٠ كان يؤدى إلى عدم تشجيع استيطان البيض أو استخدام الأيدى العاملة البيضاء. ولكن هذا ولاريب، لم يكن بالمانع الذى لا يمكن تجاوزه بالنسبة للاستغلال والسيطرة الأوروبيين.

الطب

يطرح كروسبى محاجته لتأييد دور البيولوجيا الحتمية فى تاريخ التوسع الأوروبى، وبمثل ذلك فإن دانيل ر. هيدريك يقيم مؤخرا دعوى عن الحتمية التقنية التى تفتح الأبواب واسعة، لتفيض من خلالها إمبراطورية القرن التاسع عشر. وهو يضع الطب ضمن قائمة "أدوات الإمبراطورية" العديدة التى مكنت أو سهلت، من اختراق الغرب للعالم غير الأوروبى والسيطرة عليه، ويستشهد لذلك باستخدام الكينين للوقاية من الملاريا على أنه مثل توضيحى خاص وحاسم. فقد ظل الأوروبيون قرونا وهم يقعون على الدوام صرعى لحميات المناطق الحارة، سواء كانوا من الفاتحين أو التجار أو المستكشفين أو المبشرين، إلا أن ما حدث فى حملة د. ويليام بيكى فى النيجر ١٨٥٤ من استخدام الكينين استخداما ناجحا، قد أثبت - كما يحاج هيدريك - أن المرض

(*) الحمى الصفراء: حمى خطيرة ينقلها نوع من البعوض، وتسبب زيادة الصفراء فى الدم أو نوعا من اليرقان. (المترجم).

ليس مما يلزم بعد أن يكون مانعا أمام الاستكشاف أو السيطرة الأوروبيين. ويوضح أوليفر رانسفورد نفس هذه القضية بإيجاز بليغ فيقول: إن الكينين أصبح "العامل الأساسى الذى أتاح للرجل الأبيض فتح إفريقيا السوداء".

على أن هيدريك، إذ يفهم هذا الدليل بطريقته الانتقائية، إنما يهمل بذلك حساب اعتبارات عديدة. ونجد أنه بعد حملة النيجر بأربعين عاما كانت هناك، فى غرب أفريقيا، نسبة كبيرة من الأوروبيين من التجار والمبشرين والموظفين، مازال أفرادها يموتون من الملاريا والحمى الصفراء (أو يمرضون بها مرضا شديدا). بدأ معدل وفيات الأوروبيين بافريقيا الاستوائية ينخفض انخفاضا له مغزاه، ابتداء من تسعينيات القرن التاسع عشر، إلا أن هذا كان كما يبدو بسبب إجراءات الصحة البيئية التى تلت اكتشاف رونالد روس لدور حشرات البعوض فى نقل عدوى الملاريا، أكثر من أن يكون بسبب الوقاية باستخدام الكينين. استخدام الكينين فى جرعة وقائية لم يكن قط أمرا منتشرا فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر، كما قد يبدو من تضمينات وصف هيدريك. وعلى الرغم من أن ليفنجستون كان نصيرا صاحب نفوذ لاستخدام الكينين وقائيا، فإنه لم يكن هناك اتفاق على الجرعة المطلوبة لذلك. وبصرف النظر تماما عن صعوبة الحصول على الإمدادات الكافية سواء من حيث الكم أو النوع، وعما يمكن أن يكون للكينين من آثار جانبية كريهة وشنيعة، فإن الكينين إذا استخدم بجرعة غير كافية أو غير مستمرة يمكن أن يؤدى إلى نوبات من حمى البول الأسود(*)، التى أدت إلى قتل الكثيرين من الأوروبيين أو إصابتهم بالعجز، كما حدث للمبشرين حول شواطئ بحيرة نياسا (مالاوى) فى تسعينيات القرن التاسع عشر. وعليه فإن من الخطأ المبالغة فى تقدير أهمية الدواء عموما والكينين على وجه الخصوص، كسلاح فى ترسانة إمبراطورية القرن التاسع عشر. وبفضل بعض الثقات

(*) حمى البول الأسود: أحد المضاعفات الخطيرة للملاريا، حيث تتكسر خلايا الدم وتخرج صبغة الدم (الهيموجلوبين) فى البول فتعطيه لونا قاتما. (المترجم).

من الأطباء مثل ل. ج و م. بروس شوات أمكن تحديد تاريخ أهم أوجه التقدم فى طب المناطق الحارة، بأنها حدثت فى أربعينيات القرن العشرين، بدلا من خمسينيات القرن التاسع عشر: وهم ينادون بأنه فى ذلك الوقت وقد شارف الرجل الأبيض على "الرحيل" من أفريقيا السوداء، عندها فحسب، "انزاح أخيرا إلى حد كبير خطر المرض والموت... عن الاختراق الأوروبى لأفريقيا الاستوائية".

ومع ذلك فإن محاجة هيدريك، حتى لو كانت تبالغ فى أهمية الكينين بوجه خاص، إلا أنها توجه الانتباه بالفعل إلى قضية أساسية: فما هو الدور الذى لعبه الطب فى الإمبريالية الأوروبية فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين؟ هل سهل من التوسع الأوروبى؟ أو أنه ساهم بطرائق أخرى فى إرساء وترسيخ السلطة الإمبريالية؟ هل كان تأثير الطب يقتصر فحسب على الأوروبيين أنفسهم، أو أنه كان له تأثير مباشر فى حيوات ومواقف رعاياهم الجدد؟

الطب طيلة تاريخ التوسع الأوروبى الطويل لم يكن عاملا له اتساقه فى قوة عزمه. وفيما يمكن نقاشه فإن الطب الغربى وصل إلى أقصى درجة من الأهمية، من حيث الأيديولوجية والممارسة الإمبريالية ما بين ١٨٨٠ و١٩٣٠، وهى الفترة التى وصلت فيها الإمبراطوريات الأوروبية إلى أقصى حد من التوسع والرسوخ، وهذه نقطة يؤيدها الكثيرون ممن ساهموا فى هذا الكتاب.

أما فى القرون السابقة لذلك وخاصة قبل ١٨٠٠، فقد كان الطب الغربى من حيث علاقته بالمجتمعات المحلية أقل سيطرة إلى حد كبير جدا، وكان أمره يقتصر حقا على الأوروبيين أنفسهم. وكمثل فإن شركتى الهند الشرقية الهولندية والإنجليزية كان لديهما أطباء وجراحون على ظهور السفن، أو فى القواعد الساحلية يقومون بخدمة احتياجات تجارهما وموظفيهما وبحارتهما وجنودهما. وتأسست أول مستشفيات فى أماكن مثل مدينة كيب تاون وباتا فيا (جاكرتا)، حيث اتخذت مقرها بالقرب من القلاع التى أنشئت هذه المستشفيات لخدمة شاغليها. ولم يحدث إلا نادرا أن قدم الأطباء الأوروبيون بالفعل خدماتهم للحكام المحليين، كما حدث مثلا عندما عالج ويليام

هاميلتون طبيب الشركة البريطانية، الإمبراطور المغولى فاروقسيار فى ١٤- ١٧١٥، وحتى عندها فإن من المحتمل أن الأهداف التجارية هى التى كانت لها اليد العليا وليس الأهداف الطبية.

كان من الشائع قبل ١٨٠٠ أن يلتمس الأوروبيون عون الأطباء المحليين (فى تباين تام مع ما حدث فى أواخر القرن التاسع عشر). وكان ذلك فى جزء منه بسبب أن العدد المتاح من الأطباء الأوروبيين كان قليلا جدا، وفى جزء آخر بسبب اقتناعهم بأن الأطباء المحليين يعرفون معرفة أفضل، الأمراض التى فى بلدهم (ووسائل علاجها). وعلى الرغم من أن الإسبانيين كانوا يستخفون بالثقافات المحلية لمستعمراتهم، فإنهم استخدموا عددا من الأدوية المحلية، بما فى ذلك استخدام السنكونا (اللحاء البيروفى) كمخفف للحمى، واستمر ذلك حتى تدخلت محاكم التفتيش. كما أن البرتغاليين فى الهند الغربية، قد استخدموا كأطباء لهم أفراد (البانديتو) البراهميين الذين يمارسون طب الهندوس الأيورفيدى. وشجعت شركة الهند الشرقية الإنجليزية موظفيها، على الاعتماد على الأدوية المحلية بدلا من الأدوية المستوردة الغالية، وحاجت الشركة فى العام ١٦٢٢ بأن الهنود لديهم عقاقير أكثر وفرة وكمالا إلى حد كبير بالنسبة لأدويتنا. ونجد أنه فى عصر كهذا، حيث الطب الشعبى كان لا يزال مزدهرا فى أوروبا، كثيرا ما كان المستوطنون فى بلاد ما وراء البحار يبتكرون أدويتهم الخاصة، مستفيدين بما يتاح محليا من نباتات وحيوانات.

على أن أوروبا فى غضون القرن التاسع عشر اتخذت خطوة جذرية بالابتعاد عن التعددية فى الطب. وبدأ يستحوذ على الأطباء الأوروبيين، كما استحوذ أيضا على غير المتخصصين، اقتناع متزايد بما يتصف به الطب الغربى من عقلانية فريدة وكفاءة فائقة. كان أحد عوامل ذلك اكتشاف خطير توصل له إدوارد جينر فى تسعينيات القرن الثامن عشر، اكتشاف التلقيح بجدرى البقر: فكان هذا أول برهان واضح على أن الإنسان يمكنه أن يسيطر على مرض رئيسى، كما أنه كان ابتكارا أوروبيا صُدر فى سرعة وثقة إلى العالم غير الأوروبى. كان من العوامل المهمة أيضا فى تغيير

المواقف الأوروبية، زيادة الاتجاه الاحترافى لدى الأطباء الذين يتم تدريبهم وتأهيلهم بواسطة المدارس الطبية الأوروبية، مثل مدرسة أدنبره، ثم يتم إرسالهم بأعداد لها قدرها إلى مراكز الحدود المتوسعة للإمبراطورية. فى أواخر ذلك القرن زاد رسوخ وضع ممارسى الطب الغربى وسلطتهم بنشأة علوم الطب الحديث التخصصية. وكان لويس باستير وروبرت كوخ هما رائدى علم البكتريولوجيا فيما بين ستينيات وثمانينات القرن التاسع عشر، وعلم البكترويولوجيا كان مهما بخاصة من حيث قيامه بدور الدليل للطب العلمى، الذى يرشده إلى عصر من "الثقة فى العلاج". أدى إنشاء مدرستى لندن وليفربول لطب المناطق الحارة فى ١٨٩٩، وإدخال مقررات هذه المادة فى جامعات أدنبره وديرهام وأبردين والملكة فى بلفاست (وما واكب ذلك من إنشاءات فى القارة) "أى فى أوروبا" وفى الولايات المتحدة، أدى هذا كله إلى ارتقاع طب المناطق الحارة إلى ذروة الأهمية فى مهنة لها احترامها من قبل.

على أن ما استجد فى الطب من ثقة ونفوذ لم يقتصر على المعمل والجراحة وعنبر المستشفى. ذلك أنه قد استعين أيضا بسلطة الدولة لتنفيذ إجراءات الصحة العامة والبيئية إجباريا (كما فى بريطانيا الفيكتورية)، وأعطى هذا مهنة الطب سلطة غير مسبوقة فى شئون الحياة العامة وشئون الدولة، وسرعان ما انعكس ذلك أيضا على الممتلكات الأوروبية عبر البحار. فكانت إحدى خصائص فترة الإدارة الإمبراطورية بين العامين ١٨٨٠ و١٩٣٠، هى ذلك الفيض من القوانين والتشريعات والبلاغات التى صدقت بها الدولة على إجراءات صحية من شتى الأنواع. أدت أوبئة الطاعون فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين إلى استثارة ردود فعل تشريعية من أشد الأنواع عنفا. على أن الجدرى ومرض النوم والملاريا قد أدت أيضا إلى أن تسن الكثير من الدول الاستعمارية قوانين جد عنيفة (حتى إن ثبت عند التطبيق أن هذه القوانين يصعب فرض تنفيذها صعوبة فريدة).

يوضح لنا ما سرده مالكولم نيكولسون عن الحالة فى نيوزيلندا، كيف أنه لم يكن يتاح هناك إلا عدد قليل من المتعلمين والمهنيين المدربين من غير الأطباء، وهكذا فإن

الأطباء أصبحوا "خبراء" فى كل الأغراض، فهم الثقات فى أمور جد متنوعة مثل "الشئون المحلية" وتخطيط المدن. كما استخدم الأطباء كمستشارين عسكريين وكدبلوماسيين يتم اختيارهم ارتجالا تو اللحظة، واستخدموا أيضا كجيولوجيين، وكرواد فى علم الأنثروبولوجيا. إذا كان دافيد ليفنجستون يمثل النموذج الأصلى المبكر للمبشر الطبيب ورجل الاستكشاف فى منتصف القرن التاسع عشر، فإن ليندر ستارجيمسون، زميل سيسيل ردوس(*) وقائد "غارة جيمسون" فى الترنسفال فى ١٨٩٥، يمثل لنا فى إيجاز رجل الطب الذى انقلب إلى مغامر وسياسى فى أوج ازدهار الإمبراطورية، بعد ليفنجستون بنصف القرن.

صاغ الطب الحديث روابط جديدة قوية بين العواصم الإمبريالية وممتلكاتها من المستعمرات البعيدة. وشهد انعطاف القرن بزوغ حركة إخصائيين طبيين متنقلين، رجال لهم مكانة رفيعة مثل روناك روس فى بريطانيا وروبرت كوخ فى ألمانيا، يزورون مناطق المستعمرات من أفريقيا الغربية حتى غينيا الجديدة، على أمل أن ينقلوا خبرة حواضرهم لتخدم الإدارات الاستعمارية الحصينة. وقد عينت الحكومة البريطانية لجنة خاصة لتبحث أمر الطاعون فى الهند فى تسعينيات القرن التاسع عشر (ناقش أيان كاتا ناتش أمرها فى هذا الكتاب)، وكانت هذه اللجنة من أول ما تشكل من الكثير من هذه اللجان التى ألفت لاستقصاء مرض النوم مثلا فى أوغندا فى ١٩٠٢ والملاريا فى نياسا لاند (مالاوى) بعد ذلك بعقد من السنين. بحلول ذلك الوقت أصبح هناك مجتمعات بأكملها توضع موضع الفحص الدقيق للطب الغربى (وليس فحسب مجرد مستعمرات صغيرة من الأوروبيين من جنود وتجار ومستوطنين). والحقيقة أن اتساع سلطة طب المناطق الحارة أصبح يماثل اتساع الإمبريالية نفسها، بل إنه تجاوز الحدود الرسمية للإمبراطوريات إلى مناطق مثل أمريكا الوسطى، حيث نجد أن مصالح

(*) مستعمر إنجليزى له دور كبير فى إنشاء مستعمرة روديسيا (على اسمه) فى أفريقيا، وهى حاليا زيمبابوى. (المترجم).

الولايات المتحدة الاستراتيجية فى إنشاء قناة بنما قد أدت إلى حملة مكثفة لاستئصال الحمى الصفراء من هناك بين ١٩٠٥ و ١٩١٣.

يقف كل هذا فى تباين حاد إزاء ما كان يحدث قبل ذلك بأقل من القرن، حيث كان الطب الأوروبى يشعر بأنه يستطيع فحسب التعامل مع مدى محدود من الأمراض – الجدرى والجذام والجنون – وهى أمراض كان الأوروبيون على دراية بها منذ زمن طويل، أو هى أمراض يحسون بأنها أخطر من أن يتجاهلوها. وفى سياق ما حدث فى الهند فإن التطعيم جعل الجدرى، كما سأحاج هنا، يخضع على نحو فريد للتدخل الطبى الأوروبى فى وقت مبكر نسبيا من تاريخ الاستعمار. ونجد أنه فى مناطق كثيرة كانت خدمات التطعيم وعزل مرضى الجذام والمجانين من الخدمات الطبية المحدودة، التى كان يتم تقديمها حتى زمن النصف الثانى من القرن التاسع عشر. لم يتمكن الطب الأوروبى من أن يقدم وقتها أى حلول أخرى إلا فى حالات معدودة، وليس هذا فحسب: بل إن هذا الطب كانت تنقصه أى معرفة أساسية بالحالة الصحية بين الأغلبية العظمى من السكان. والحقيقة أن الإدارات الاستعمارية لم تكن تقر بأن عليها أى مسئولية ملحة بالنسبة لوفاة هؤلاء السكان.

هناك أسباب ونتائج لهذه النقلة السريعة التى حدثت من مجرد علاج الرجل الأبيض، إلى الاهتمام بشئون الصحة العامة خلال العقود الأخيرة من القرن التاسع عشر والسنوات الأولى من القرن العشرين. وقد ألمح لهذه الأسباب والنتائج العديد من المقالات فى هذا الكتاب، كما أنها قد حظيت ببعض النقاش فى مؤلفات أخرى أيضا. على أنه قد يكون من المفيد أن نذكر هنا الخطوط العريضة لبعض الملامح الأكثر بروزا لهذه التحولات، وعلاقتها بالإمبريالية وهى مزدهرة.

كانت هناك حاجات ملحة عديدة تقف وراء التدخل الطبى الغربى المتزايد. وإحداها هى تزايد الإدراك بأن صحة الجنود والمدنيين الأوروبيين لايمكن تأمينها من خلال إجراءات توجه إلى صحتهم هم وحدهم، وهذا أمر تم التوصل أولا إلى إدراكه فى الهند فى سياق القرن التاسع عشر. وكما لاحظ مفوض اللجنة الصحية المشكلة حديثا

فى البنغال فى ١٨٦٥، فإنه "حتى لو كنا لا ننظر لأبعد من توفير الوقاية الصحية للجنود الأوروبيين، فإن من الواضح أنه لا يكفى لذلك أن نسعى لتحسين حالة معسكراتنا وحدها، وأن نتجاهل وجود جماهير السكان المحليين التى تحيط بقواتنا". ويترتب على ذلك بالتالى أنه لا يمكن توفير الوقاية لصحة الأوروبيين، إلا باتخاذ إجراءات تأتى بالطب الغربى إلى "المدن السوداء" والقرى الفقيرة السوداء. أدت خسائر الجنود الناتجة عن المرض إلى أن تحث بشكل خاص على مسارعة البريطانيين (وغيرهم من القوى الاستعمارية)، بأن يأخذوا على عاتقهم مسئولية صحة السكان المحليين. فمع ما كان يحدث من خسائر مرضية كثيرا ما كانت أثقل من خسائر المعارك، ومع أهمية الجيش فى فرض السيطرة الإمبريالية فإن صحة الجنود (وخاصة الجنود البيض)، أصبح لها أولوية كبرى بالنسبة للدولة الاستعمارية. إلا أن الأبحاث الطبية سواء فى الأمراض التناسلية أو الكوليرا أو البلهارسيا كما يوضح (جون فيرلى)، كلها برهنت مرارا على أن الأمان الصحى والطبى للجيش، لا يمكن أن يكون مما ينتهى أمره عند أبواب الثكنات، وإنما يجب أن يمتد إلى المناطق المجاورة، المدنية والريفية، بل إلى السكان المحليين ككل.

على أن اهتمام الأوروبيين بأنفسهم كان يفعل فعله أيضا بطرائق أخرى. ففى ذلك العصر الذى تنتشر فيه التجارة والاتصالات على مدى اتساع العالم، كانت أوروبا تعى تماما أنها هى نفسها يتزايد استهدافها لأمراض "المناطق الحارة". وها هى أوبئة الكوليرا تصل من الهند إلى أوروبا مرات عديدة بين الثلاثينيات والتسعينيات من القرن التاسع عشر، وكان فى هذا ما يظل يذكر أوروبا بالأمر على نحو مزعج متصل، كما كان يذكر أوروبا بذلك أيضا ما كان يحدث من حين لآخر، من استيراد للحمى الصفراء من أفريقيا الغربية وجزر الهند الغربية.

لمجابهة هذا التهديد عقدت سلسلة من المؤتمرات الصحية الدولية (أو الأوروبية من الوجهة العملية)، وذلك ابتداء من ١٨٥١ وما تلاها. بالإضافة إلى السعى لإدخال إجراءات لوقف أمراض كالكوليرا قبل أن تصل إلى أوروبا، فإن هذه المؤتمرات كانت

تضـغط على القوى الاسـتعـمارية الفـردية، حتى تعـالج أمر الأمـراض الوبائيـة الأشد خطورة داخل مـستعمراتها هـى نفسـهـا، ولما كانت الهـند البريطانيـة تعد بمنزلة "مـصنع للكوليرا" فقد تعـرضت للوم الدولى المتكرر. وأدى وقـوع الطـاعون هناك فى ١٨٩٦ إلى المزيد من الضـغط على الإدارة البريطانية. ولما كان هذا عصرا للتنافس الإمبريالى، فإن وجود ارتفـاع دائم فى مـعدل الوفيات من الأوبئـة، كان ينظر إليه على أنه عـلامة على سـوء الإدارة الأمـبرياليـة. وقـد طالب الملك ليـوبولد(*) فى ١٩٠٣ و١٩٠٦ بعـون دولى لمكافحة مرض النوم فى الكونغو، وكانت مطالبتـه هذه فى جزء منهـا مـحاولة لتـحسين السمعة جد السيئة التى كان نظامه قد اكتسبها بالفعل.

لما كانت الرأسمالية فيها تناقض داخلـى بين مطلب كفـاءة العمل (وبالتالى صحة العـمـال) ومطلـب الربـح، فقـد أدى ذلك إلى إجبـار النظم الاسـتعـمـارية الأوروبيـة هـى والهيئات الاستثمـارية التجـارية والصناعـية، التى تعمل تحت حكمـها على أن تتجه إلى زيادة المشـاركـة فى رعـاية صـحـة السكان المحليين. توجـد هنا عـدة اعتـبـارات متشابكة. فـالعمـال الأفريقيـون والآسـيويون كانوا يعـانون من سوء الصحـة وخاصة من انتـشـار الأمراض الوبائية بينـهـم، الأمر الذى فـرض وجود عوامل خطر بالنسبة للموظفـين البيـض وعـائلاتـهم. كمـا أدى ارتفـاع مـعدلات المرض والوفيات إلى التدخل فى كفـاءة وربحيـة الإنتـاج فى المناجـم والمزارع والمصـانع، وإلى إعـاقـة تجنيـد المزيد من قوة العمل. وقد تأثرت الإنتاجـية الزراعيـة تأثرا سـيئا فى بعض المناطق، كما حدث فى الهند فى أواخر القرن التـاسع عشـر، وذلك بسـبب تكرر وقـوع الأوبئة والمجاعات، وترتب على ذلك تهـديد مـبـاشـر لدخـل الحكومـة، أمـا فى أفـريقـيـا فـإن التـجنيـد العسـكرى للحـرب العـالمية الأولى، كشف عن الأضـرار السيـاسـيـة الناجـمـة عن سوء تغـذية السكان وسـوء صـحـتـهم (مـثـلـمـا كشـف عن ذلك فى بريطـانيـا زمن حـرب

(*) ملك بلجيكا الذى كـان يدير مـسـتـعـمـرة الكونغو فى أول الأمـر على أنهـا ملكه الخـاص، وليست ملك الدولة.(المترجم) .

البوير)(*)، وبالتالى، فعلى الرغم من أن الحكم الأوروبى المبكر للمستعمرات كثيرا ما كان يهمل صحة رعاياه، فإنه أصبح هناك إدراك متزايد للفوائد العملية الناتجة عن الاستثمار فى صحة أفراد قوة العمل. ولما كانت قوة العمل المحلى لها أهميتها الخطيرة لتحقيق الثروة من المستعمرات، فقد أصبح من الواضح أنه من مصلحة الاستعمار وجود "بعض" درجة من التدخل الطبى، بشرط ألا يؤدى ذلك إلى استهلاك قدر أكثر من اللازم من ربحية الإمبراطورية ومن الاستثمار الفردى. وفوق كل شيء كان الدافع إلى نشأة طب المناطق الحارة وإلى حماس جوزيف تشمبرلين له، أثناء عمله وزيرا للمستعمرات البريطانية بين ١٨٩٥ - ١٩٠٣، هو الرغبة فى حماية أرواح الأعداد المتزايدة من الأوروبيين الذين يعيشون ويعملون فى المناطق الحارة. على أننا نجد فى ذلك العصر الذى كانت القوى الإمبريالية تتلهف فيه على فض أختام الثروة المعدنية والزراعية "لممتلكاتها غير النامية. إن صحة قوة العمل المحلية كانت من الأهمية بحيث لا يمكن إهمالها بالكلية. والمرض بلغة الحديث الرسمى فى العشرينيات والثلاثينيات من القرن العشرين هو عقبة فى سبيل "التنمية". على أننا نجد أنه كنتيجة لأسباب من الانشغال الاستعمارى بالاهتمام بالذات، فإن التدخل الطبى لم يكن يحدث إلا مجزأ وعلى نحو انتقائى، وصحب ذلك شح فى الموارد بحيث كان استخدامها يتركز فى المناطق التى تعد حيوية لتشغيل الاقتصاد الاستعمارى والنظام الإدارى. وبالتالى نجد أنه كان هناك تفضيل لمجمعات التعدين والمصانع والثكنات والمراكز المدنية الرئيسية، فى حين كان هناك إهمال عام للسكان الريفيين ولصحة النساء والأطفال. كما كان هناك تأكيد على الاهتمام بالمرض الوبائى بدلا من المرض المتوطن، والطب العلاجى بدلا من الطب الوقائى.

(*) حرب وقعت بين إنجلترا والمستوطنين الأوروبيين للترنسفال (جنوب أفريقيا) فى ١٨٩٩. (المترجم)

أدرك أفراد البعثات الرأسمالية لأمريكا الشمالية كل الإدراك قيمة الطب كوسيلة لمساعدة الإمبريالية الاقتصادية. فأخذت مؤسسة روكفلر على عاتقها تنفيذ حملة واسعة ضد الدودة الخطاغية(*) فى جنوب الولايات المتحدة، كطريقة لتحسين كفاءة قوة العمل ودمج الجنوب المهمل دمجا أكمل فى اقتصاد الشمال الصناعى المتوسع، ثم وجهت مؤسسة روكفلر بعدها انتباهها لما وراء البحار فى زمن كانت الولايات المتحدة فيه تعمل على تحقيق دوافعها التوسعية. وهكذا عملت مؤسسة روكفلر على تعزيز الحملات ضد الدودة الخطافية وبعدها ضد البلهارسيا والأمراض الأخرى للمناطق الحارة، كما مولت أبحاث طب المناطق الحارة عموما، وبالإضافة إلى ذلك فإن مؤسسة روكفلر وهى تحت إشراف فريدريك ت. جيتس، رأت أن الطب يعد أسلوبا فائقا للدعاية لفوائد الحضارة والرأسمالية الغربية، ويعد طريقا لفتح أسيا أمام الاختراق الأمريكى تجاريا وصناعيا.

على أن زيادة التدخل الطبى الغربى لايمكن تفسيرها فقط بلغة من الاهتمام بالذات اهتماما مباشرا ماديا. فالطب كان جزءا من أيديولوجية الإمبراطورية مثلما هو جزء من حساباتها. وقد حاج د. تشوت ذات مرة بأنه عندما احتل البريطانيون جزر الهند الشرقية الهولندية فى أوائل القرن التاسع عشر، فإنهم بدلا من اتخاذ وجهة النظر الطبية للشركة الهولندية التى كانت نظرة ضيقة "تجارية" (تهدف فحسب للإبقاء على موظفيها الأوروبيين أحياء) أحلوا مكان هذه النظرة الضيقة رؤية "مثالية" للطب ليكون فى خدمة السكان بأسرهم: الإندونيسيين مثلهم مثل الأوروبيين. وكما أوضح تشوت نفسه، فإن النتائج العملية لهذه المبادرات الطبية كانت صغيرة، ولكن فكرة أن يكون الطب للشعب كان لها - فيما يزعم - تأثير باق فى سياسة العمل الطبية التالية، التى اتخذتها الإدارة الهولندية بعد عودتها. وتشير حالة جزر الهند الشرقية الهولندية،

(*) دودة الأنكلستوما الطفيلية التى تتعلق بخطافات فى فمها بجدار الأمعاء الدقيقة وتمتص الدم منه فتسبب للمريض فقر دم شديد. (المترجم).

وكذلك أيضا حالة التطعيم ضد الجدرى فى الهند، ومحاولات توصيل الطب الغربى للسكان المحليين فى نيوزيلندا وجنوب أفريقيا فى وقت كان بعد ذلك بقليل، تشير كل هذه الحالات إلى الطريقة التى أصبح ينظر بها إلى الطب على أن له استخداما أوسع فى خدمة الإمبراطورية. ونجد أنه حتى قبل أن تحدث الإنجازات العملية لأواخر القرن التاسع عشر، كانت القوى الإمبريالية قد أخذت من استخدام الطب دليلا على نواياها الخيرة والأبوية، وكطريقة لكسب تأييد السكان من الرعايا الجدد، ولموازنة الملامح التعسفية للحكم الاستعمارى، ولإرساء سيطرة إمبريالية أوسع مما يمكن استقاؤه من الغزو وحده. ولما كانت الموارد العسكرية والإدارية التى تحت يد النظم الاستعمارية المبكرة موارد محدودة، فإن هذا كان سلاحا له إمكاناته المهمة فى تقوية الحكم الإمبريالى، وإن كانت الخبرة قد بينت أحيانا أن هذا السلاح قد يكون له تأثير مضاد، بأن يعمق من عدم الثقة فى دوافع الأوروبيين. وإذا كان الكثير من هذه المبادرات المبكرة قد فقدت طريقها، فوقعت ضحية للإهمال الإدارى أو للتضييق المالى، إلا أنها مهدت الطريق للعودة فى أواخر القرن التاسع عشر لأفكار التدخل الطبى الشامل.

لم تكن الإدارات الاستعمارية والقوى الإمبريالية هى وحدها التى رأت أن للطب فائدة أوسع. فالمبشرون فى أفريقيا فى أواخر القرن التاسع عشر، والذى كان ايفنجستون معلمهم الأول، قد أدركوا الفرصة الفريدة التى يقدمها الطب لإرساء الاتصال بالسكان المحليين، ولإحياء الأمل فى كسب النفوذ عليهم. وكما شهد الأسقف سميث عضو إرسالية الجامعات إلى أفريقيا الوسطى فى ١٨٩٣ فإن:

"هناك بعض المجالات للإرسالية يبدو أن الأطباء فقط هم الذين يستطيعون اكتساب أى نفوذ كبير فيها. ثمة كراهية متعصبة (كذا) للمسيحية، لا يمكن هدمها إلا بإظهار التعاطف لما يحدث من آلام للجسد ... مصحوبا بالقدرة على تخفيفها. ويبدو أنه لا يمكن إلا من خلال العمل الطبى وحده... العثور على ثغرة للنفاذ إلى قلوب هؤلاء الناس".

وحسب ذلك، كان المبشرون يجندون على وجه الخصوص بسبب تدريبهم الطبى، وأصبحت المستشفيات والمستوصفات عناصر مركزية فى الاستراتيجية التبشيرية، وتوحد المبشرون فى هويتهم مع الطب الغربى من حيث "طريقة التناول الإمبريقية والعقلانية"، والتمسوا من خلال ذلك العمل على مجابهة سلطان منافسيهم من "الأطباء السحرة" وأدى إعمال مفعول الطب إلى أنه جلب للمبشرين بعض المهتدين دينيا، وإن كان عدد غير قليل من أولئك الذين اعتنى بهم المبشرون وشفوهم، قد تعاطوا طب المبشرين من دون أن يتنازلوا عن معتقداتهم الدينية الخاصة، ولا عن نظرياتهم حول سبب المرض.

الإمبراطورية

أصبح الطب فى السنوات الختامية للقرن التاسع عشر برهانا على قوة الغرب المتفوقة سياسيا وتقنيا وعسكريا، وبالتالى فإنه أصبح بمنزلة احتفالية بالإمبريالية ذاتها. وهو يعبر عن إيمان أوروبا بتفوقها الفطرى هى نفسها، وسيادتها على الطبيعة. فالطب يسجل تصميم الإمبريالية على إعادة تنظيم البيئة وإعادة صياغة المجتمعات والاقتصادات المحلية فى ضوء مدركات الإمبريالية وأولوياتها الخاصة بها.

ولما كانت اقتصاديات الإمبريالية ومنظوماتها الإدارية تعمل على أن تتوسع وتنشد سيطرة أشد شمولا على حياة الشعوب وعملها، فقد تنامى دور الطب كوسيلة مركزية لاكتساب المعرفة وتوسيع السيطرة. والطب هكذا أصبح إحدى الطرائق التى التمست بها الإمبريالية أن "تعرف" الشعوب، وأن ترسخ سلطتها عليها، وذلك من خلال الكم الهائل من المعلومات عن الأمراض والصحة التى بدأ تجميعها فى شكل إحصائى وعلمى، ومن خلال إنشاء هيئات عمل طبية كثيرا ما كانت هى نفسها فروعا من بنية الدولة ذاتها، أخذت تمتد إلى أرجاء الريف بمثل ما تمتد فى المدن. ولم تكن العملية تجرى على نحو متماثل فى كل مكان. فكانت أحيانا تجرى على نحو أبطأ وأكثر ترددا،

بينما كانت تتقدم فى بعض المناطق وتحت حكم بعض القوى الاستعمارية بسرعة أكبر من غيرها. غير أنه يبدو أن العملية قد وصلت إلى ذروة عامة فى وقت بين تسعينيات القرن التاسع عشر والحرب العالمية الأولى، من الحملات الكبرى التى تمت ضد مرض النوم والطاعون والكوليرا والحمى الصفراء والملاريا. ونجد فى مناطق كثيرة أن هذا التكاثر المفاجئ للقوى الطبية كان فى المركز من نشأة الدولة الاستعمارية، وكثيرا ما كان أيضا فى المركز من نشأة الاقتصاد الاستعمارى. وهكذا نجد أن الحملات مثل تلك التى أجريت ضد مرض النوم فى الكونغو أو ضد الكوليرا فى الفلبين انما هى تدريبات ضخمة على تدخل الدولة وعلى وسائل التعامل الاجتماعى (الأمر الذى دلل عليه معا كل من مارينيز ليونز ورينالد وإليتو). التدخل الطبى يمس مسا وثيقا حياة الناس متخذا لنفسه حقا غير مسبوق للسيطرة على صحة وإجساد الرعايا (باسم علم الطب). وإذا كانت الصحة والرعاية الطبية فى الزمن الماضى الذى سبق العهد الاستعمارى، تعد من الأمور التى تترك للمبادرات الفردية أو هى على أقصى حد تترك لجهود المجتمع، فإنها أصبحت تحت الحكم الإمبريالى جزءا من عملية أوسع فى تنظيم الدولة والتحكم المركزى. ذات يوم زعم رودلف فيرشو رائد باثولوجيا الخلية أن السياسة "ليست إلا الطب على نطاق واسع". وفى ضوء من إمبريالية تسعينيات القرن التاسع عشر وأول القرن العشرين، يجد المرء أن هناك ما يغرى بإعادة النظر فى هذه المقولة، وعلى أن يؤكد أن الطب الإمبريالى فى هذه الفترة لا يقل عن أن يكون سياسات على نطاق واسع.

أسهمت طبيعة الطب نفسها فى أواخر القرن التاسع عشر فى هذه النزعة للتدخل الطبى المتوسع. فالطب الغربى وقد نظر إلى نفسه على أنه يتصف بالعقلانية والعلمية والشمولية، فإنه عرف نفسه على أنه يتعارض مع ما يزعم من لا عقلانية الطب المحلى واتصافه بالخرافة. وعوملت عادات ومعتقدات الشعوب على أنها عقبات يجب التغلب عليها، ونزعات ظلامية يجب أن يقوم العصر العلمى الحديث بإزاحتها جانبا. وكما ذكر أحد الكتاب فى ١٩٥٠، فإننا يجب أن نضع مكانها وبدلا منها "المعرفة الحقيقية". ولما

كانت بكتريولوجيا باستير وكوخ تفهم المرض بلغة من الغزو الميكروبى، الذى تهدف مهمة الطب إلى الكشف عنه ومجابهته باستخدام أوجه علاج معينة، فقد ترتب على ذلك تجاهل عظيم للسياق الاجتماعى والثقافى والاقتصادى للمرض. شجع ذلك النظم الإمبريالية على أن تعتقد أنها يمكنها أن تحل مشاكلها الصحية جد الملحة بأن تتناولها تناولا علميا، وبأن تظهر تصميما كافيا على إنجاز حلها بصرف النظر عن أى مقاومة أو معارضة محلية. وبهذا فإن طب أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين كان من نوع فيه تصميم وثقة على نحو خاص، وهو فيما يُعتقد يعمل بما يفيد الناس أقصى فائدة. وكان مما يُزعم بكل ثقة أن من الممكن أن توجد حلول تقنية مستقلة ذاتيا لمشاكل هى فى حقيقتها مشاكل اجتماعية واقتصادية وبيئية معقدة.

يعد اشتراك العسكرية فى نزعة التدخل الطبى فى الفترة الإمبريالية ملمحا من أكثر ملامحها دلالة واسترعاء للنظر. وهو يعكس فى جزء منه زيادة أهمية الجيش فى ترسيخ ودعم النظم الإمبريالية عموما، كما أنه يعكس المدى الذى تبقى به صحة العسكر كأحد الحوافز الرئيسية وراء إنجاز عمل طبى أكثر اتساعا. وهكذا نجد أن الحكومات كانت مستعدة لتخصيص الموارد لحماية صحة الجيش وبيئته الصحية إلى مدى لا يمكن تصور أنه يحدث بالنسبة للسكان المدنيين. وبصرف النظر عن المبشرين كثيرا ما كانت الخدمات الطبية للجيش هى أجهزة العمل الوحيدة التى تشارك فى طب المناطق الحارة، والتى تشكل المستودع الاحتياطى الوحيد للخبرة الطبية، الذى يمكن اللجوء إليه فى حالة الطوارئ. كان الجيش فى بعض المناطق – مثل المغرب تحت الحكم الفرنسى، والسودان تحت الحكم البريطانى -- يحتكر وحده توفير الرعاية الطبية الغربية حتى بعد نهاية الحرب العالمية الأولى. على أنه لايقل عن ذلك أهمية ما كان يوجد من نزعة للنظر إلى التدخل الطبى (والحديث عنه) بلغة من العسكرية: فنجد أن الفرنسيين بخاصة "قد عالجوا أمر المعركة فى سبيل الصحة كعملية عسكرية"، فشكلوا أطقم جيش طبية متحركة لمحاربة أمراض النوم والجذام والملاريا فى ريف أفريقيا. وأظهر الأمريكيون والبلجيكيون نزعة مماثلة بالاعتماد على الجيش. وكثيرا ما نجد أن

هناك شعورا بأن الجيش لديه التصميم (وكذلك القوة البشرية)، الأمر الذى ينقص الإدارة المدنية، كما أنه لم يكن هناك إلا احتمال قليل بأن يقيد الجيش نفسه بأى خطوط حمراء أو بأى معارضة محلية. على أنه بالنسبة للجيش أيضا كان يرجح الاحتمال بأنه سيقسو فى تعامله مع المعارضة المدنية. فكانت عمليات الجيش الطبية تبدو فى أعين المدنيين أمرا لا يختلف إلا قليلا عن دوره العسكرى المألوف. ولعل الحكومات تود بهذه الطريقة أن تذكرهم بجبروت الإمبريالية. على أن إحدى نتائج هذا الحزم الطبى والعسكرى أنه أصبح من المحتمل أن يؤدى ذلك كما حدث فى الفلبين إلى زيادة تنفير أفراد الشعب بدلا من أن يظهروا امتنانهم وإذعانهم.

يذكرنا دور الجيش أيضا بأهمية النظر فى أسلوب التدخل الطبى ووسائله. وحتى الآن تركز الانتباه أساسا على الأفكار الطبية وسياسة العمل الطبية مع إهمال المؤسسات وأجهزة العمل، التى يتم من خلالها بالفعل توصيل الأفكار والممارسات الغربية إلى الشعوب المحلية. وسنجد أن عرق الطبيب وجنسه كذكر أو أنثى وسلوكه، كلها مما يمكن أن يكون له أهمية تماثل فى قدرها أهمية أوجه العلاج التى يقدمها. الاتصال الفيزيقى بين الطبيب والمريض يمكن أن يكون جانبا من جوانب المجابهة الاستعمارية، يصل به الأمر إلى أن يكون جانبا مباشرا وضارا لأقصى درجة. كما أننا ينبغى ألا نغفل أهمية أجهزة العمل المحلية. فالطب الاستعمارى يظل يبحث عن مجندين محليين لدعم ما لديه من قوة بشرية محدودة، وللقيام بتنفيذ الأدوار الطبية الأكثر تواضعا كدور مساعدى الجراحة والقائمين بالتطعيم. كان هناك فى أول الأمر استخفاف عام بأمر هؤلاء الأفراد ذوى الأدوار التابعة، فكانوا يتعرضون وقتذاك للسلوك المتعصب الأوروبى. فى ١٩٢٦ أعلن رئيس الخدمات الطبية فى مستعمرة كينيا وهو يتحدث عن المساعدين الطبيين الأفريقيين، أن "من السهل على الأفريقى أن يكتسب المعرفة التقنية. ولكنه ينقصه على نحو يرثى له وجود الإحساس بالمسئولية والمثابرة والأمانة والجدارة بالثقة عموما". على أنه حدث لأسباب من الضغط السياسى أو من الاحتياجات الإدارية، أن بدأ الآسيويون والأفريقيون فى الحصول على تأهيل

متخصص وفى أن يعهد إليهم بالمسئوليات المهنية، وما أن حدث ذلك حتى ضعف كثيرا ما كان يبدو مبكرا من أن الطب الغربى أجنبى الطابع، وأمكن أن توجد سهولة أعظم فى التواصل بين الطبيب والمريض، وربما أمكن إظهار نوع ما من الإحساس فيما يتعلق بالمشاعر والتقاليد المحلية بدرجة أكثر من ذى قبل. ومن المحتمل أن "أفْرقَة" أو "تهنيد" هيئة العاملين بالطب قد سهلت أن يحدث فى النهاية تقبل واستيعاب لما كان يعد قبلها طبا يقتصر أمره على الرجل الأبيض.

على أن نزعة التدخل الطبى فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، ظهر لها أيضا صراعاتها وتناقضاتها الداخلية الخاصة بها. الطب الغربى لم يكن يتحرك فى فراغ علاجى ولا فى فراغ ثقافى. وقد هددت الإجراءات الطبية الغربية الكثير من العقائد التى كانت مغروسة غرسا عميقا، والكثير من الممارسات الاجتماعية الراسخة منذ زمن طويل. ليس مما يثير الدهشة أن هذه الإجراءات كثيرا ما كانت تقابل بالإشاعات الجامحة، والشك العميق، والتهرب منها ومقاومتها. فكانت تقع أعمال عنف وشغب عند تدمير البيوت والممتلكات، وعند تفتيش الأفراد وإبعاد المشتبه فيهم طبيا بنقلهم فى عربات وكأنهم مذنبون، فينقلون إلى المستشفيات ومعسكرات العزل والمحاجر الصحية. على الرغم من أن ردود الفعل هذه لم تكن تتصف أبدا بالعمومية من حيث حجمها وشدتها، فإنها أثارت شكوك رجال إدارة المستعمرات بالنسبة لهذه المهام الضخمة، ومدى كفاءتها طبيا ونفعها سياسيًا وجاذبيتها ماليا. وهكذا فإن الحلول الوسط كانت أحيانا تفضل على المجابهة، حتى إن كان ذلك يعنى التضحية بالأهداف الطبية، وأن يسمح للمتحدثين باسم السكان المحليين هم وممارسى طبهم بأن يؤدوا دورا ما فى إدارة حملات الصحة العامة. إلى جانب ذلك لم يكن يوجد إلا القليل من الاتفاق بين الإخصائيين الطبيين أنفسهم، فيما يتعلق بالطريقة التى ينبغى الوصول بها إلى التحكم فى الأوبئة الرئيسية مثل مرض النوم أو الطاعون، وكثيرا ما كان هذا الانقسام فى آراء الخبراء يؤدى إلى إفشال تنمية استراتيجيات للتحكم فى المرض على نحو فعال متصل. مرة أخرى فإن

أيان كاتاناتش يذكرنا بسنوات الطاعون فى الهند، حيث كثيرا ما كان رجال الإدارة المدنية لا يرغبون فى التنازل عن المسئولية لرجال الطب وخبرائه، ويصممون على أن إدارة مثل هذه الأمور ذات التأثير الواسع والحساسية السياسية، يجب أن تظل بحسم تحت السيطرة الإدارية. وكلما أصبحت السلطة الاستعمارية أكثر رسوخا (أو كلما أصبحت أكثر اعتمادا على دعم النخبة "التقليدية"، والجماعات الاجتماعية فى مواجهة المعارضة القومية المتصاعدة)، فإنها كانت تزيد نفورا من أن تأخذ على عاتقها نزعة التدخل الطبى الشمولية، التى قد تقوض من الأوضاع الحالية التى تعد من قبل أوضاعا مقلقة.

بحلول العشرينيات من القرن العشرين أصبحت الحدود الإدارية والتقنية للطب الغربى حدوداً واضحة، الأمر الذى كانت جائحة الأنفلونزا فى ١٩١٨ مفيدة فى أن تذكر به المستعمرين والمستعمَرين معا. على الرغم من أن الحرب والجائحة كان لهما مفعولهما، فى حفز توسيع شئون الصحة العامة القروية فى بعض أجزاء من أفريقيا، إلا أن الكساد الاقتصادى مالبث أن بدأ فى وقت لا يكاد يزيد على عقد بعدها، الأمر الذى فرض كوابح جديدة فى الإنفاق على شئون الصحة العامة. وهكذا انتهى العصر "البطولى" للتدخل الطبى. وبحلول هذه المرحلة كان عدد من الأمراض الوبائية الرئيسية قد تم كبح جماحه، أو أن هذه الأمراض حدث لها، لأسباب مستقلة عن فاعلية الطب الغربى، أن توقفت عن أن تكون من الشئون التى تشغل بال الاستعمار انشغالا رئيسيا. كما كان هناك أيضا إدراك متزايد بأن المرض ليس أمرا يتاح حله بحلول سهلة إلا فى أحوال قليلة، وأن الكثير من أحوال سوء الصحة فى عالم المستعمرات يرتبط فى أغلبه ارتباطا وطيدا بمشاكل الفقر ومشاكل التغذية. وكما يوضح مايكل وربويز، فإن سنوات ما بين الحربين العالميتين قد جلبت بعض الإدراك بأن نقص التغذية، هو الذى يقف الآن فى سبيل "تنمية" المستعمرات بأولى من الأمراض الوبائية الرئيسية. على أن أودرى ريتشاردز برهنت فى دراستها الرائدة عن بمبا، على أن الغذاء لا يمكن - إلى حد كبير فصله - عن الثقافة، وبالتالى فإن هذا يطرح موقفا ذا

إشكالية أكبر وأكثر تطلبا لتدخل الدولة. وعلى الرغم من أنه قد حدث فى فترة ما بين الحربين بعض التحول من الطب العلاجى إلى الطب الوقائى، ومن الأمراض الوبائية إلى الأمراض المتوطنة من سوء الصحة والتغذية، فإن حجم المشكلة التى تكشفت كان جد كبير (وجد مكلف من حيث أموال المستعمرات وقواها البشرية)، بحيث لم يكن يمكن لمعظم الإدارات الاستعمارية أن تفكر فى علاجها بأى طريقة شاملة.

لعل التناقض النهائى فى التدخل الغربى الطبى يكمن فى تراثه الذى تتكشف فيه أوجه التباس فى الإمبراطورية. كثيرا ما كان الموقف من الطب الغربى أثناء النضالات الآسيوية الأفريقية فى سبيل الاستقلال موقفا ملتبسا. فنجد من ناحية أن بعض أصحاب النزعة القومية كانوا يتطلعون إلى إحياء الطب المحلى كجزء من إعادة اكتشاف جذورهم الثقافية الخاصة بهم، ويرفضون وسائل العلاج الغربية الأجنبية. ومن الناحية الأخرى نجد أن الأطباء المحليين من ممارسى الطب الغربى، كثيرا ما وصلوا إلى أن يكونوا أعضاء لهم نفوذهم فى الطبقة القومية الوسطى، ممن يدينون الاستعمار بسبب شحه فى منح العطايا من فوائد الطب الغربى. ولعل هذا الوضع المزدوج المتضارب يحمل بخاصة الدلالة على قوة تأثير الطب الإمبريالى فى المجتمعات المحلية.

الفصل الثانى

المجانين الأوربيون فى الهند البريطانية (١٨٠٠- ١٨٥٨)

دراسة حالة الطب النفسى والحكم الاستعمارى

والترود إرنست

نشأة مصحة المجانين الأوروبية

يرجع تاريخ الجهود الأوروبية لإنشاء مؤسسات الطب النفسى فى الهند إلى القرن الثامن عشر. وقد تم لأول مرة توفير ما يلزم لاحتجاز المرضى العقليين فى كلكتا فى وقت ما قبل سنة ١٧٨٧ وفى ١٧٩٤ افتتحت "مصحة المجانين بمدراس"، حتى توفر "الأمان ضد ارتكاب تلك الأعمال من العنف التى كثيرا ما يقترفها مجانين ليس لديهم أى تحكم". وبحلول أواخر الخمسينيات من القرن التاسع عشر تزايد إلى حد كبير عدد المنشآت المخصصة للمرضى العقليين والتى يطلق عليها اسم "مصحات المجانين" أو "مستشفيات المجاذيب". وأصبح فى إمكان المدن الرئيسية، مثل كلكتا وبومباى، ومدراس، أن تباهى بأن كلا منها تمتلك لنفسها "مصحة المجانين الأوروبيين"؛ كما تم إنشاء حوالى عشرين "مصحة للمجانين من الأهالى" فى مدن إقليمية. أما فى المراكز الصغيرة فكان يتم احتجاز المرضى العقليين، فى مختلف السجون أو المستشفيات المحلية. فى تباين مع ما سبق ذلك من العقود، فإنه بحلول خمسينيات القرن التاسع عشر لم يعد المرضى الأوروبيون فى المدن الرئيسية، يرسلون إلى تلك المؤسسات الأهلية التى تتخصص فيما كان يشتهر فى بريطانيا، على أنه "حرفة مختصة بالجنون". وبدلا من ذلك أصبحت مصحات المجانين الأوروبيين بالتدريج مؤسسات عامة

ذات تخصص، ويشرف عليها أطباء أوروبيون، وتمتلكها وتمولها وتديرها السلطات الحكومية فى كلكتا ومدراس وبومباى.

واكب التوسع المتزايد فى منشآت الطب النفسى الأوروبية فى الهند، زيادة مطردة فى عدد المرضى الذين يعالجون لمرضهم عقليا. وكان متوسط عدد المرضى الذين احتجزوا فى العنابر الأوروبية فى المؤسسات الثلاث الرئيسية، فى كلكتا ومدراس وبومباى حوالى الخمسين فى ١٨٢٠: وبحلول خمسينيات القرن أصبح العدد هو الضعف تقريبا. ولكن على الرغم مما يبدو من أن عدد المصحات، للهنود والأوروبيين، هو وعدد النزلاء فى هذه المصحات، قد زادا على مر العقود من السنين، فإنه يجب أن نؤكد أن هذا الاتجاه لا يمثل وضعا من "الحبس المهول"، يمكن مقارنته بما زعم فوكو(*) أنه قد حدث فى أوروبا فى ذلك الوقت. فأولا، نجد أن عدد عشرين أو ما يقرب من دور المصحات فى كل منطقة الهند الهائلة وسكانها الهائلى العدد، يعد رقما صغيرا عندما يوضع إزاء ما يقدر من وجود تسعين مؤسسة للطب النفسى، فى الجزر البريطانية فى خمسينيات القرن التاسع عشر. وثانيا، فإن عدد نزلاء المصحات فى الهند البريطانية ليس سوى قطرة عند مقارنته بالعدد الكلى للسكان فى ذلك الوقت، وهو عدد يتباين إلى حد ملحوظ مع النسبة المئوية جد العالية للأفراد الذين تم إدخالهم فى المصحات فى بريطانيا فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل العشرين. بل إن عمارة المصحات فى الهند البريطانية فيها شهادة صامتة بالضآلة النسبية لشأن الاحتجاز هناك للعلاج النفسى. كانت المستشفيات العامة الجديدة فى المدن الرئيسية، تبنى حسب النمط الكلاسيكى للمعابد، وهو نمط كان وقتها ينال إعجابا كثيرا، أما المصحات العقلية فكانت على خلاف ذلك تشبه بقدر أكثر تصميم ثكنات الجيش الأقل فى صورتها. ولم يكن من الممكن سواء إحصائيا أو من حيث التمثل البصرى والرمزى

(*) ميشيل فوكو فيلسوف فرنسى معاصر، له نظرية بأن الكثير من المجانين ليسوا مرضى، وإنما يضطهدهم المجتمع لخروجهم عليه. (المترجم).

لهذه المصحات، أن تستثار منها أى رؤية من الرؤى البنتامية(*) لمحابس المجانين الأوروبية، التى يمكن فيها مراقبة كل النزلاء من مكان واحد.

من حيث الروتين اليومى للنزلاء نجد أيضا أن المصحة الأوروبية للمجانين لم تكن كذلك "بالمعهد الشامل". وبينما كان علاج المرضى يتباين إلى حد له اعتباره حسب أفكار مدير الصحة وميوله وطبقة المرضى الاجتماعية، كان النزلاء الأوروبيون عموما يتمتعون ببعض الحرية فى الحركة داخل عنابرهم، وفى العثور على وسائل التسلية بقراءة الكتب والصحف أو لعب الورق، وفى التجوال على الشاطئ فى بومباى أو التمشى فى الحديقة فى كلكتا. ويقر الجميع بأن المرضى فى بومباى وكلكتا كانوا يستمتعون ببيئة صحية أكثر من المرضى فى مدراس، فكانوا يسكنون فى مبان أقل تهدما. ولكن حتى فى مدراس حيث كان الأوروبيون مازالوا يدخلون إلى المصحة المهملة وقتها فى حوالى أربعينيات القرن التاسع عشر، إلا أنهم كان يمكنهم الاستمتاع بقدر له اعتباره من التسلية، وكانت حدود المكان تسمح بحرية اتصال أكبر بين النزلاء من شتى الخلفيات الثقافية.

ثمة عامل آخر أسهم فى الإقلال من سمة القيد فى الاحتجاز للعلاج النفسى فى مستعمرة الهند، وهو حقيقة أن الطب النفسى لم يكن قد انفصل بعد عن الطب العام. وكان الطبيب المسئول عن المصحة فى المدن الرئيسية له أيضا مسئوليات إضافية مختلفة، كأن يكون الجراح المدنى، والمشرف على المستوصفات المحلية ومستشفيات السجون، وكثيرا ما كان لديه ممارساته الواسعة كطبيب يعمل لحسابه الخاص. وبصرف النظر عما كان يترتب على ذلك من توزيع وقته واهتماماته، فإن وظيفته كمشرف على الصحة كان ينظر إليها على أنها أقل إلحاحا وأهمية، من علاجه للحميات والكوليرا وغير ذلك من الأمراض واسعة الانتشار، وأدى ما كان يوجد فى الهند من تهديد دائم بالمرض إلى أن يسهم فى ارتفاع الوضع الاجتماعى للأطباء فى الهند

(*) "البنتامية": نسبة إلى جريمى بنتام (١٧٤٨ - ١٨٣٢)، وهو فيلسوف إنجليزى صاحب مذهب يؤمن بالمتعة. (المترجم).

ارتفاعا متزايدا. على أن خدمات الأطباء كانت تقدر أقصى التقدير بالنسبة لعلاج تلك الأمراض الأكثر انتشارا، وليس بالنسبة لحالات الأمراض العقلية الأقل وقوعا. هناك تقرير للجنة الملكية عن الحالة الصحية للجيش في الهند في ١٨٦٣، يكشف عن أن الأسباب الرئيسية للموت بين الجنود البريطانيين في الهند بين ١٨٣٠ و١٨٤٦، هي الزحار (الدوسنتاريا) والإسهال (٣٢ في المائة)، و"الحميات" (٢٣ في المائة)، وأمراض الكبد (عشرة في المائة)، والكوليرا (عشرة في المائة). وبالتالي فإن هذه الأمراض كانت تشكل العدو الرئيسي للجيش: وكان ستة في المائة فقط من الجنود الأوروبيين يقتلون في المعارك أو يموتون من جراحهم، بينما يموت ٨٢ في المائه بالمرض، وذلك خلال عشرين عاما من الخدمة في الهند. وبالمقارنة بذلك كان معدل "الجنون" كسبب للموت يعد أمرا تافها. فهو لايصل إلا لكسر من الواحد في المائة.

وبسبب ما كان من الضآلة النسبية لشأن الاحتجاز للعلاج النفسي في الهند البريطانية (من حيث صغر عدد المصابين ووجود أولويات طبية أكثر إلحاحا)، فإنه يمكننا الشك في أن يكون لهذا العلاج أي دور في الاحتفاظ "بنظام الأمور" في المستعمرات. تأثير العلاج النفسي بالاحتجاز داخل المنشآت العلاجية قد تكون له أهميته الكبيرة بالنسبة للفرد موضع الاهتمام، إلا أنه يبدو وكأنه خال من أي تأثير اجتماعي أوسع بين الأغلبية من المستعمرين والمستعمَرين. والحقيقة أن فعالية هذا العلاج بالاحتجاز كأداة لفرض النظام الاجتماعي ستبدو شأنا تافها لو نظرنا في أمر الطب النفسي على نحو مستقل. على أنه ستنبثق له صورة مختلفة عند وضعه في السياق الأوسع للإدارة الاستعمارية.

النظام الاستعماري

مع بداية القرن التاسع عشر لم يعد الوجود البريطاني في الهند يتأسس على الاهتمام بالتجارة فحسب على وجه الحصر. فقد وقعت أحداث مثل معركة بلاس في

١٧٥٧، وتسلمت شركة الهند الشرقية الإنجليزية "الديوان" (الحكومة) فى البنجال وبيهار وأوريسا فى ١٧٦٥، وكذلك صدر قانون بت للهند فى ١٧٨٤ وتم تنفيذ إصلاحات إدارية خطيرة، فى فترة تولى "كورنواليس" وظيفة الحاكم العام (٨٦ –١٧٩٣)، وكل هذه الأحداث كانت بمنزلة شروط مسبقة حاسمة لإحداث تحول متزايد للشركة، وتعزيز وجودها فى الهند على أنها السلطة الحاكمة. ونجد من ناحية أن الشركة جُعلت مسئولة أمام البرلمان، ومن الناحية الأخرى أخذت الشركة على عاتقها تدريجيا القيام بوظائف الدولة مثل تحصيل الضرائب، والإدارة القضائية والمسئولية عن رفاه الجمهور. ولم يعد الهنود بعد شركاء فى التجارة وإنما أصبحوا رعايا مستعمرة مرغمين على الإقرار بالحكم البريطانى، حتى إن كانت الشركة تسمح ببعض التنازلات الثقافية والإدارية من خلال العمل بسياسة "الحكم غير المباشر". واكب تطور الشركة من الاستثمار التجارى إلى تنظيم الدولة ظهور الحاجة إلى فرض السلطة الجديدة التى اتخذتها وإضفاء الشرعية عليها.

ثمة عدد من التقارير الانتقادية التى تحلل خواص وأعمال الحكم الاستعمارى الذى تم فرضه على شعب الهند. تقارير عن كيف فرضت أفكار "القانون والنظام" على الأوروبيين أنفسهم، وكانت بالمفارقة أمرا نادرا وكثيرا ما كانت ذات طبيعة قصصية أو أدبية أكثر منها تحليلية. على أن الحفاظ على النظام بين القوات الأوروبية، وكذلك أيضا الإبقاء على الأمان العام بين المدنيين الأوروبيين، كانا معا من المشاغل الرئيسية للحكم الاستعمارى.

لم يكن الأوروبيون فى الهند مجتمعا متجانسا، والأولى أنهم كانوا ينقسمون حسب درجات من الطبقات الاجتماعية والأصول القومية أو أصول منطقتهم، وكان يرأسهم ما عُنْون على نحو مناسب بأنه "أرستقراطية الطبقة الوسطى". هذه النخبة الأوروبية، وإن كان أصلها أساسا من الطبقة الوسطى، إلا أنها قد اتخذت فى الهند جوا من الخصوصية الأرستقراطية، محتفظة لنفسها بأسلوب حياة من المباهاة وبأوجه سلوك الطبقة العليا. على أن أغلب الأوروبيين كانوا ينتمون للطبقات الدنيا. وكثيرا

ما كانت الصفوة الأوروبية تنظر إلى سلوك هذه الأغلبية على أنه سلوك ذميم. كان مما يحـاج به أن هـذا السلوك "المنحط المنـحل" ينزع إلى أن "يثـيـر ويزعـج ويربك الأهـالى الضعفاء". وليس هذا فحسب، بل إنه أيضا يضر بالحفاظ على الحكم البريطانى للهند. وكان وجود "مشهد" مثل مشهد الأوروبيين المعوزين المهملين الذين يهيمون فيما حولهم فى البلد يعد أمرا فيه "إذلال للشخصية البريطانية"، وبالتالى كان يُحث على أن تقوم الحكومة بالترتيبات اللازمة، بحيث يمكن "لزملائنا بالمواطنة" مهما انحط بهم الحال، أن يكفوا عن عرض مثل هذه الرذائل عرضا مهينا يزرى هنا بالبلد الذى نشأوا فيه.

هذا التـأكيـد الزائد على "تفـوق الشـخـصـية الأوروبيـة" هو ومـا يزعـم من الروح المتنورة للحضـارة البريطانية، كانا يعدان كأمرين حيويين لإضـفاء الشرعية على الحكم الاستـعـمـارى. ومما يشك فـيه أن "الأهـالى" كانوا يصـادقون بلا تحـفظ على الصـورة الذاتية البريطانية بالتفوق، وما يواكبها من الاعتقاد بأن الإمبراطورية فى الهند تعتمد على "هذا الإحسـاس بتفـوق الأوروبيين". سـواء كان هنـاك أو لم يكن هناك تبـادل لهذا الإحساس، فإن الأيديولوجية الاستعمارية للتفوق الأوروبى أسهمت بلا شك فى تعزيز الحكم البريطانى على الهنود، وليس هذا فحسب، بل إنـها أيضـا قد أسـهمت فى ضـبط سلوك الأوروبيين داخل الهند. وبالتالى، فإن القبضة الاستعمارية زادت إحكاما بالنسبة للرعاية المحليين مثلما زادت بالنسبة للطبقات الأوروبية الدنيا.

علي هامش المجتمع الأوروبي

حيث إنه لم يكن يوجد فى المستعمرات قانون يكافئ "قانون الفقراء الإنجليزى"(*)، فقد جرى ترتيب تنظيمات بديلة شتى لضبط الأمور وتوفير إعانة اجتماعية، لمن يعتبر أنهم من الأوروبيين المنحرفين الجانحين المعوزين. وكان أحد أجزاء "مشكلة" الانضـباط

(*) قانون قديم فى إنجلترا لإعانة الفقراء وإعالتهم. (المترجم).

هذه يخص الجيش. وأمكن إلى حد ما معالجة ذلك من خلال الإجراءات العسكرية. فكانت الانتهاكات الصغيرة للانضباط العسكرى تقابل بعقوبات مثل زيادة التدريبات والحرمان من الإجازات، أما "السلوك جد الشائن وجد المخالف والإهمال فى الواجبات بما يضر بحسن الضبط والربط، فقد كانا مما يتم معاقبته بواسطة المحاكم العسكرية، وما يترتب على ذلك من الحبس أو الجلد أو الإعدام بالرصاص. ويبدو دائما أن الخط الفاصل بين التأثير الرادع للإجراء الانضباطى وبين استثارة فعل متمرد، أو استثارة الفرار من الخدمة لهو خط رفيع. يزودنا بالدليل على ذلك ما نجده من الأعداد الكبيرة من حالات الفرار من خدمة جيش الشركة، وكذلك من وحدات الجيش البريطانى المقيمة فى الهند. لعل الهاربين من الخدمة كانوا يُدفعون إلى ذلك جزئيا بالتوق للمغامرة فى بلد أجنبى. على أن الطبيعة القاسية لنظم الجيش كانت هى نفسها تسهم فى اتخاذهم القرار بالفرار، خاصة عندما يرى الجنود "عددا كبيرا جدا تنفذ فيه عقوبة الجلد"، بحيث يصيبهم ذلك "بكل تبرم من الخدمة العسكرية". كان الجنود السابقون لا يكادون يتركون المحطات العسكرية ليأخذوا فى التجوال فى البلاد، حتى كان ذلك يجذب انتباه السلطات المدنية ومن يعملون بالسياسة. وبالرغم مما كان يقال عن أنه "من السهل فى هذه الحالات أن تعطى لها معونة مالية"، فإنه كان يشار فى الوقت نفسه إلى أن لب المشكلة التى يخلقها تشرد الأوروبيين وعوزهم هو بالأولى "الحط من الشخصية الأوروبية فى أعين الأهالى". وتكررت مطالبة الحكومة بإجراء اللازم إزاء مشكلة الجنود السابقين، الذين يهيمون "خلال البلاد كلها كالبؤساء المنبوذين وهم يبحثون عن الطعام والخمر"، "ليقعوا فى النهاية ضحايا لإدمان الشراب واليأس والمناخ الحارق".

كان العوز والتشرد ينتشران أيضا بين البحارة، حيث يرتبط الأمر كثيرا بشروط توظيفهم والإجراءات السارية وقتها لتسريحهم من الخدمة. وكانوا مثل الجنود "لاينالون ممن يخدمونهم إلا أقل قدر من الرعاية". على أن البحارة كانوا ينزعون إلى أن يقصروا تشردهم على المناطق القريبة من الموانئ البحرية. وكان هذا لا يروق للأوروبيين

من المستـوطنين هناك، فبدأوا فى أوائل القرن التاسع عشر ينظمون أنفسـهم فى جماعات ضغط حضرية، وهيئات لتجميع الأموال حتى يحسّنوا أحوال الحياة فى المدن التى يعدونها مدنهم "الخاصة بهم". وهكذا وُسعت الشوارع وأنشئت الحدائق، ورويت المتنزهات ونقلت أماكن الأسـواق "الوطنيـة" المزدحمـة إلى أماكن أخـرى. وإزاء هذه الخلفيـة من تحسين للحضر، كان ينظر إلى تشرد الأوروبيين على أنه يضر بكرامة الحكام الأوروبيين، كما أنه أيضا مفسدة لأناقة المدينة وجمالها. تم تأسيس ملاجئ ومستشفيات للبحارة مولتها الاكتتابات الخاصة، وهو أمر أوحى به جزئيا اعتبارات مثل ما سبق ذكره. وكمثل، تأسس ملجأ بومباى للبحارة باكتتاب خاص عقب تحطم سفينة غرقت ١٨٣٦، مما خلف عددا من البحارة بلا موارد ولا بديل لهم إلا الاستجداء فى الشوارع، إلى أن يمكنهم العثور على عمل فوق سفينة أخرى. وبدا من الأفضل بالنسبة للأوروبيين المستوطنين أن يجمعوا الأموال لإعانة البحارة بهذا الأسلوب، بدلا من أن يعانوا من بديل ذلك، وهو أن يهيم "البيض الفقراء" العاطلون فى المدينة. يمكننا أن نعد هذا الأسلوب لإنفاق المال فضيلة من الفضائل، عندما نعتبره بمنزلة إسهام خيرى لإعانة "الإنسانية المعذبة".

ما إذن أهمية مؤسسات الطب النفسى فى سياق الانضباط العسكرى، ومنع انتهاك النظام العام فى المستوطنات المدنية؟

إن فرض الانضباط والاجراءات العسكرية ضد تشرد الأوروبيين من ناحية، واحتجاز "المجانين" الأوروبيين فى المصحات من الناحية الأخرى كانا أمرين على علاقة وثيقة فيما بينهما. وفى أحيان كثيرة نجد أن الذين يصنفون كمجانين لديهم تاريخ سابق من محاكمتهم عسكريا، أو سجنهم فى سجون مدنية أو عسكرية لارتكابهم للجرائم، أولتهم من التشرد عقب فرارهم أو تسريحهم من الجيش أو البحرية. ولما كان ينظر إليهم كعنصر فوضوى فى المؤسسات الأخرى، فإن نقلهم إلى مصحات المجانين كان فى نظر السلطات المدنية والعسكرية الحل الذى يرحب به.

وكمثل، فإن المدفعي ف. هارفي أرسل إلى مصحة المجانين في بومباي بعد أن حدث "فجأة ودون أي إنذار مسبق... أنه وثب فوق أحد الرجال الذين يعهد إليهم بالحراسة"، في دار الإصلاحية التي كان محبوسا فيها. وكان هارفي محكوما عليه أصلا بسنة من السجن لتهمة السكر والعصيان، ولكنه بسبب سلوكه العنيف في السجن، نقل إلى المصحة ثم أعيد إرساله في النهاية إلى إنجلترا. نقل هارفي من دار الإصلاحية إلى مصحة المجانين لم يكن حالة فريدة. ذلك أننا نجد أن المناطق التي تم ضمها حديثا مثل البنجاب، لم يكن قد بني فيها بعد مؤسسات للعلاج النفسي، وسرعان ما أحست السلطات هناك بأنه "لايعد من الأمان ولا من الحكمة أن يحتفظ بمجرمين مجانين في سجوننا، حيث... لاتوجد وسائل لاحتجازهم على وجه آمن أو لسلامة علاجهم". بل إن احتجاز المجانين في مستشفيات السجون كان يعد أمرا غير مقبول. وكان يحاج بأن هذا "يعترض عليه" ليس كما قد يتخيل المرء كنتيجة لما يسببه من المزيد من الكرب والإذلال، اللذين يحلان على المرضى العقليين التعساء، إذ يحشدون في الحبس مع المجرمين، وإنما يُعترض على ذلك لسببين مختلفين تماما: الأول، أن الضجة التي يحدثها "المجانين" تزعج المحكوم عليهم. والسبب الثاني والأكثر أهمية، أن المحكوم عليهم عندما يرون أن المجانين لا يعدون مسئولين عن أفعالهم، فإن ذلك كان يغريهم بادعاء الجنون. واستُنتج من ذلك أن وضع المجانين بين المحكوم عليهم أمر خطير لأن المجانين "لايضعون أي اعتبار للنظام والطاعة".

وحتى عندما لا يكون المرضى العقليون عنيفين ولا فوضويين، فإن احتجازهم في مصحة لايزال مما ينصح به بصرف النظر عما يتطلبه ذلك من تكلفة. وكمثل آخر، فإن النساء الأوروبيات اللاتي يفقدن بموت الزوج أو الأقارب أسباب الرزق والعقل معا، كان الرأي بالنسبة لهن أنهنّ سيكن أفضل حالا بكثير وهن في داخل إحدى المصحات من أن يكن خارجها في الشوارع، حيث يحتمل أن يكون سلوكهن ومظهرهن مما يؤذي حس المجتمع الأوروبي بالنظام والاحتشام. في حالة جوانا كيرنان، كانت هذه السيدة تعاني من "حالة محنة عقلية"، منذ وفاة زوجها الذي كان يعمل مدفعيا بسلاح مدفعية

الشركة. وكان الزوجان قد وصلا إلى مدراس فى ١٨٣٥ على أمل إقامة حياة أفضل مما فى الوطن بإيرلندا، حيث كان جيمس كيرنان مجرد عامل هناك. وفجأة حرمت جوانا من رعاية زوجها بموته المبكر، وواجهت هى وأطفالها الثلاثة مستقبلا أكيدا من الفقر فى الهند إلا إذا توافرت لهم المعونة. أدخل الأطفال، ولدان وبنت، إلى ملجأ الأيتام العسكريين فى مدراس، وعندها أصبحت جوانا "فى حالة من جنون واضح بحيث أصبح من الخطر تركها مطلقة السراح". أدخلت أولا إلى المستشفى العام، ولكنها نقلت بعدها بسبب استمرار "حالتها من الصمت والاكتئاب" إلى مصحة المجانين، و"جنون" جوانا هذا من نوع تشاركها فيه أخريات من بنات جنسها: فبعد تحطم أسرتها وما نتج من فقدان الأمان والدعم، أصبحت جوانا "ضعيفة مكتئبة" وأظهرت "عدم مبالاة بأطفالها بينما كانت قبلها تبدو جد متعلقة بهم". ظلت جوانا "على نفس الحال، حيث يبدو عليها عموما أنها تفهم ما يقال لها، ولكنها لا تنطق قط بأكثر من كلمة واحدة للإجابة". على أن جوانا كيرنان قد وجدت على الأقل المعونة لأطفالها ووجدت لنفسها نظام علاج فى المصحة، يكفل لها "الأدوية المقوية والغذاء الكامل". وثمة خياران متاحان للسلطات فى الحالات التى تماثل حالة مسز كيرنان، فإما أن يطلق سراحها من المصحة بمجرد أن يتوقف سلوكها "المجنون"، أو أنها تظل محتجزة داخل المصحة إلى ما لا نهاية. على أن كلا البديلين كانا يجريان ضد سياسة عمل الحكومة التى تحاول أن تكبح تشرد الأوروبيين، وضد قرار مجلس إدارة الشركة الذى يحد من فترة بقاء الأوروبيين فى المستشفيات بالهند، بحيث لاتزيد على سنة واحدة. وبالتالى فإن مسز كيرنان أعيدت إلى بريطانيا. وقد ماتت من نزلة شعبية بعد ذلك بحوالى خمسين عاما وهى فى سن الثامنة والسبعين، حيث ظلت محتجزة فى مصحة الهند الملكية فى أيلنج، التى كان يرسل إليها أمثالها من "المجانين" المعادين من الهند.

وبهذا فإن إعادة نزلاء المصحة إلى الوطن كانت تنقل على نحو مريح، مشكلة تشرد الأوروبيين بعيدا عن الهند، وتحد من نفقات الاحتفاظ بالمرضى المعدمين، فى مؤسسات العلاج النفسى فى الهند ذات التكلفة الغالية. وبالتالى فإنه يمكننا أن ننظر

إلى الاحتجاز فى هذه المؤسسات، ثم ما يلى ذلك من الترحيل للعودة إلى بريطانيا على أنها وسائل تستخدمها السلطات الاستعمارية فى الحالات التى يعد فيها استمرار بقاء أحد الأوروبيين فى الهند أمرا يثير الفوضى بأقصى حد، أو أنه عدا ذلك غير مرغوب فيه. وبهذا فإننا نجد أن الاحتجاز للعلاج النفسى، وإن بدا لأول وهلة على أنه أمر قليل الأهمية، إلا أنه يكتسب ما له اعتباره من الأهمية عند النظر إليه، من خلال السياق الأوسع للحفاظ على النظام والسلطة الاستعماريين.

داخل المصحة

على الرغم من أن نفقات العلاج النفسى للأوروبيين فى الهند تعد نسبيا قليلة الشأن من حيث مقدارها، فإن هذا كان جزءا متكاملا من إجراءات المعونة الاجتماعية الأوروبية. وقد انعكست قيم المجتمع الاستعمارى بدورها، على الطريقة التى يجرى بها تنفيذ سياسة العمل فيما يتعلق بحالات "الجنون". وكان ينظر إلى الحضارة الأوروبية هى وأهدافها الروحية ومنطقها الاقتصادى، ومؤسساتها وتكنولوجيتها وعلمها وأفكارها على أن هذه كلها، هى النماذج الأساسية لكل التقدم البشرى والتطور الأخلاقى الذى يتبع ذلك. وبالتالى، فإن تلك التحسينات القيمة فى علاج المجانين التى أدخلت إلى المصحات الأوروبية، تم أيضا نقلها إلى الهند البريطانية باقتناع حاسم بأنه لا يمكن أن يوجد أى نظام أفضل من ذلك أو أكثر ملاءمة. وفى توافق مع الطموحات الاجتماعية "لأرستقراطية الطبقة الوسطى"، والاقتناع بأن البريطانيين "لديهم واجب أخلاقى عظيم يؤدونه فى الهند"، فقد فُرض تنفيذ عزل صارم للطبقات داخل مؤسسات العلاج النفسى، وواكب ذلك تمايز فى علاج المرضى حسب اختلاف خلفياتهم العرقية.

وكما كان الحال فى إنجلترا، فإن الإقرار بالتقسيم الطبقى على نحو بيِّن والإصرار عليه، كانا ملمحا رئيسيا للمجتمع الاستعمارى المعاصر لوقتها فى الهند.

وكانت روح الوعى الطبقى تحدد إلى مدى بعيد نوعية الأوضاع فى المؤسسات، ونوعية الإنفاق المتاح لأعضاء الطبقات العليا، وكذلك الإنفاق المتاح لأعضاء الطبقات الدنيا فى المجتمع الأبيض. وكانت معدلات الإنفاق على المرضى من الطبقات الاجتماعية المختلفة، تتدرج على نحو محكم فى الهند كما فى إنجلترا، وذلك حسب وضع النزلاء فى الحياة. وفى مصحة كلكتا مثلا قبل عام ١٨١٧، كان الموظفون المدنيون "والسيدات المهذبات" تبلغ تكلفة إقامتهم مبلغا كبيرا هو ١٢٠ روبية فى الشهر، بينما كان على المدنيين شديدى الفقر أن يكتفوا بثُمن هذا المبلغ، أى مجرد ١٥ روبية. وفى نسخ مباشر لصورة الهرم الطبقى فى الجيش والبحرية، كان الإنفاق على إعاشة المرضى من الموظفين العسكريين يتم حسب معدلات أجورهم السابقة، وهى أجور كان يمكن أن تنخفض إلى ٨ روبيات فى الشهر بالنسبة للجندى العادى. وثمة استثناءات كان يعمل بها فى حالة "السادة المهذبين المستقلين" الذين وإن كانوا غير مرتبطين بخدمة الشركة، إلا أنهم مازالوا يعدون من الجديرين بمعدل إنفاق شهرى من مائة روبية، وذلك فى إقرار بوضعهم الاجتماعى السابق. وكانت هذه المعدلات تختلف من ولاية لأخرى وتختلف بمرور الوقت. كما أنها لم تكن تماما مما لايُختلف عليه، حيث إن مجلس إدارة الشركة كان يكرر الضغوط لتخفيض نفقات نزلاء المصحات. فكان يتم عمل تخفيضات مختلفة، ولكن قاعدة تدرج النفقات حسب الطبقة الاجتماعية ظلت مع ذلك قاعدة متبعة على نحو صارم.

ولما كان مكان إقامة المرضى يعتمد على معدل نفقات الإعاشة، فإنه أيضا كان يتباين إلى حد له اعتباره. فكان مكان إقامة مرضى الدرجة الأولى فى مصحة المجانين بكلكتا، أكثر اتساعا وراحة مما يتاح لنزلاء الطبقات الدنيا. فمرضى الدرجة الأولى يعيشون فى "شقق" منفصلة: بينما يبقى الآخرون فى "العنابر" العامة. وفى مصحة المجانين فى مدراس خلال العقود الأولى من القرن التاسع عشر، كان مما يفرض أيضا بين الأوروبيين أن يكون هناك تخصيص لمكان الاحتجاز حسب طبقة الواحد منهم. على أن المبانى هناك أصبحت جد مهملة بحلول منتصف القرن مع نقص شديد

فى المساحة المتاحة، بحيث أحجمت السلطات عن إرسال المرضى من الطبقات العليا إلى المصحة كلما أمكن توفير ترتيبات بديلة لهم. وكمثل، كان فى ١٨٥١ ثمة مريض اسمه كابتن ج. كامبل، صودق على أنه "مجنون مجرم" ولم يسمح له بدخول المصحة، لأنها اعتبرت "غير ملائمة لأشخاص من طبقته". وتم احتجازه بدلا من ذلك فى السجن المحلى، حيث كان يشغل جزءا كبيرا من المبانى وظلت هيئة موظفى السجن تشكو باستمرار من وجوده هناك، لأنه لم يكن فحسب يشغل قدرا كبيرا من مساحة مطلوبة، وإنما كان أيضا يثير اضطرابا "على نحو ملموس للغاية" فى انضباط السجن. فى مفارقة مع ذلك، نجد أنه على الرغم من المساحة المحدودة داخل مصحة المجانين فى بومباى، فإنه يمكن قياس مدى التعصب العرقى والفوارق الاجتماعية قياسا دقيقا بالقدم والبوصة. فكان هناك نظام محكم لتخصيص الغرف ينبنى أساسا على اعتبارات العرق والوضع الاجتماعى والجنس من ذكر أو أنثى، ثم يعتمد ثانويا فحسب على الأسس الطبية. كان الجناح الأمامى من المبنى يشمل المدخل الرئيسى وسكن المدير وبعض الغرف المؤثثة تأثيثا مريحا. وكان هذا الجناح يحتجز للأوروبيين من الطبقة العليا. أما الجناحان الجانبيان اللذان كانا من طابقين فيقيم فيهما المرضى من شتى الأوصاف، بمعنى أنهم كانوا "إناثا من كل الطوائف والألوان" و"ذكورا أوروبيين" و"ذكورا من الأهالى". ولما كان الجناح الغربى يطل على البحر ويحوى أفضل الغرف فى الجناحين الجانبيين، فقد خصص للعدد القليل من الأوروبيين المنتمين للطبقة الدنيا ممن يحتجزون فى بومباى فى أى وقت. أما الجناح الشرقى فكان مقصورا تماما على احتجاز الهنود، وكان لابد أن يأوى إليه عدد يصل إلى ٤٠ مريضا فى كل طابق، فى حين لم يكن هناك فى المتوسط أكثر من حوالى أربعة نزلاء يأوون إلى عنبر الدرجة الثانية للأوروبيين. وهكذا كان يتم تنفيذ التمييز الطبقى والفصل العرقى معا داخل حدود مؤسسة واحدة. وفى حين أن جناح الأوروبيين المواجه للبحر كان يطل على "مناظر بهيجة وممتعة... كمدخل الميناء، والخليج، وتل مالابار والريف المجاور، كانت "أجنحة الأهالى" فى حالة جد بائسة بحيث إنه، حسب قول المدير الطبى، "كان

الأمر يحتاج إلى معجزة على الأقل حتى يمكن لأى امرئ أن يغادر هذا المستشفى وقد نال الشفاء".

ومع وجود بعض التباين فيما يُفرض من إجراءات العزل داخل كل مؤسسة، إلا أن العوامل الأساسية لتخصيص الغرف داخل دور المصحات الثلاثة الرئيسية فى الهند البريطانية، ظلت هى الطبقة الاجتماعية والخلفية العرقية. وبالمثل، فإن نظم التغذية والإمداد بالخدمات العامة كانت تتم أيضا حسب ما يتفق وطبقة المرضى وعرقهم. بلغ من هذا الأمر أن كانت معدلات الشفاء والوفاة فى بداية القرن، على علاقة ارتباط لها معناها بالنسبة للوضع الاجتماعى للمرضى، وخاصة بالنسبة لإمدادهم بالطعام. وكمثل، فإنه فى الفترة من ١٨٢٤ - ١٨٥٠ بلغ معدل الوفيات فى مصحة كلكتا ٤,١ فى المائة، فى حالة المرضى الأوروبيين بالدرجة الأولى ٧,٧ فى المائة فى حالة المرضى الأوروبيين بالدرجة الثانية. وهذا "الحال من وصول معدل وفيات مرضى الدرجة الثانية إلى ما يبلغ تقريبا ضعف معدل وفيات مرضى الدرجة الأولى"، اعتبرت السلطات أنه حال "جد لافت للنظر". ولكن على الرغم من هذه النتائج، فإن مدير المصحة قام بعد ذلك بسنين قليلة بتخفيض كمية الطعام الذى يوفر لمرضى الدرجة الثانية، فتوصل بذلك إلى تقليل النفقات الشهرية لكل مريض بما يقارب ٤ روبيات، فى حين أن معدل الإمداد الموجود وقتها بالنسبة لمرضى الدرجة الأولى كان يحكم عليه بأنه يعد "غير استثنائى". وعلى الرغم من أن الخبرة قد بينت فى شتى المصحات فى كل المقاطعات، أن الإمداد بالطعام عامل حيوى فى تحديد معدلات وفاة وشفاء المرضى، فإن اللجان الطبية للمدن الرئيسية لم تتخذ أى توصيات فعالة للاستيثاق من توفير نظام تغذية كامل للنزلاء من الطبقات الدنيا.

كان هناك فى ذلك الوقت نظام "للعلاج المعنوى"، وأحد أهم عناصره، هو اشتراك المرضى فى أنشطة للعمل والترويح توصف بأنها "أشغال لا تتعارض مع الهياج العقلى غير الصحى". ومرة أخرى فإن طبيعة هذه الأنشطة ومدى إتاحتها للمرضى كانت تختلف حسب الوضع الاجتماعى للمرضى وعرقهم، وقيود المساحة فى المبانى المختلفة

للمصحات. كانت هناك فى مصحة بومباى "واجبات منزلية مختلفة"، وكذلك أيضا "كتالوجات ومجلات وجرائد، ولعبة نرد ومصغر بلياردو وألعاب ورق وشطرنج والقوارير الخشبية وغير ذلك من ألعاب الخلاء"، كلها مذكورة على أنها "الأدوات الأساسية للعلاج المعنوى". ولما كان الأوروبيون والهنود يُحتجزون معا داخل نفس مجمع المبانى، فقد كان مما يُجعل واضحا أن مواد القراءة مثل مجلة "بنش" و"الأنباء المصورة" يقصد بها أنها للأوروبيين وحدهم. وقد بنيت خصوصية وسائل الترويح فى هذا المثل على اعتبارات عرقية وليست طبقية. أما وسائل تسلية الهنود فتتكون من الكرة والرماية بالقوس أو لعبة أو لعبتين من قبيل ذلك. وكان يسمح للنزلاء الهنود أيضا بالاحتفاظ بالحيوانات الأليفة فى المصحة، بما فى ذلك الكلاب والقطط والماعز والدواجن والحمام والقرود والغزلان. وهذا النوع الخاص من الممارسات قد سمح به حسب ما يقوله المدير "بناء على الرأى بأن ذلك يستدعى فى المرضى مشاعرهم الأكثر رقة وتوهجا". وهكذا فإن وسائل تمضية الوقت المتاحة للمرضى كانت بالتالى تتفق والمفاهيم الأوروبية المتحيزة: فالنزلاء الأوروبيون يشجعون على القراءة أو الانشغال بأنواع من الألعاب التى تعد مقبولة بين الرفقة الإنجليزية المهذبة. أما بالنسبة للهنود فكان يُعتبر أن مباريات التنافس وتربية الحيوانات أكثر ملاءمة لهم. وبهذا فإن اختيار وسائل تمضية الوقت كان يدعم من المثال الأوروبى بقالبه النمطى - أى التفوق فى العقل والأخلاق - مقابل قالب الهندى النمطى - الذى يدمن القتال ويألف رعاية الحيوانات. ومن الممكن بالطبع أن يكون اختيار هذه الأنشطة قد تم باعتبار ما كان يفضله المرضى الأوروبيون والهنود أنفسهم، على أنه من الواضح أيضا أن هناك أيديولوجية ذات حس عرقى تظهر فى تخصيص الإدارة لمثل هذه الوسائل لتمضية الوقت.

على الرغم من أن العنصر العرقى كان، فيما يظهر، عاملا حاسما فى توزيع الأنشطة الترويحية فى مصحة بومباى، فإن التقسيمات الطبقية بين المرضى الأوروبيين لم تكن بالأقل أهمية. والحقيقة أن معظم النزلاء الأوروبيين كانوا ينتمون إلى الرتب الأدنى من الموظفين العسكريين، فى حين أن عددا ضئيلا فقط من المرضى كانوا يؤخذون فى كل عام من الطبقات العليا. ترتب على ذلك أن التصنيف الطبقى

للأوروبيين كـان يتطلب إحكامـا أقل. بديهى أن "السـادة المهـذبين" كـان يوفـر لهم كل أسـباب الراحـة التى تـعد مـلائمـة لوضـعـهم السـابق فـى الحيـاة. وبالتـالى فـإن نظام التصنيف الطبقى لا يحتـاج إلى المزيد من الشرح، إلا بالنسبة لعزل الطبقات الأوروبية الدنيا عن الهنود.

لعل هذا العزل فى المؤسسات، كما كان يمارس فى بومباى، قد سـهل من كفاءة الإدارة وراحــة النزلاء، إلا أنه كـان فـى نفس الوقت يؤدى إلى ترتيب النظام الداخلى للمؤسسة بحيث يكون متفقا مع الأولويات والتحيزات الاجتماعية نفسـها، التى تسود فى المجـتـمـع الأوروبى بصـورة عـامـة. كمـا أن الأوروبيين من جـمـيع الدرجـات كـانوا يتمتعون بدرجة من الراحة تفوق ما يتمتـع به الهنود. بل حتى بالنسبة لدرجة ما يعطى من اعتبار للخلفية الاجتماعية كان الأوروبيون يعاملون معاملة متحيزة. فكان هناك احترام لحساسياتهم الاجتماعية وكان أفراد المراتب الدنيا يُفصلون على النحو الملائم عن أفراد المراتب العليا. فى تباين مع ذلك كان هناك إهمال كبير للنزعات الوجدانية الهندية الطائفية والدينية، فى حين أنها نزعات جد نامية. فكان الهنود الذكور يحشدون معا وقد بُنى تصنيفهم فى المصحة، بصورة رئيسية، على أسـاس ما لديهم من أعراض سلوكيـة - أى حسب مـا إذا كـانوا هـادئين أو ذوى "عـادات نظيفـة"، أو عنيـفين، أو فى حـالة نقـاهة. من حـيث وجـهـة النظر المعـاصـرة فـإن أسلوب المسـاواة الظاهرية فى التصنيف المطبَّق على النزلاء الهنود، قد يبدو الأسلوب المفضل، بدلا من أن يُخلق ثانية داخل المصحة أنماط تصنيف الطبقات الاجتماعية كما توجد فى خارجها. على أن إهمال اختلاف الهنود، فى الطائفة والطبقة والعقيدة، إنما كان مستمدا من المفهوم الأوروبى، الذى يحط من شأن الهنود باعتبار أنهم كلهم "أهالى"، أناس كلهم من عرق منحط يمكننا بكل سرور إهمال حساسياتهم وتحيزاتهم الاجتماعية.

أما فى مـصـحة كلكتا فلم يكن يسمح عادة بدخول المرضى الهنود. فكان العنصر الأساسى للحصول على وسائل الترويح هو الطبقة الاجتماعية. وحينما كانت المصحة خلال العشرينيات من القرن التاسع عشر لم تزل تدار بواسطة مالك المبنى الذى يأوى

إليه المرضى، وحينما "لم يكن هناك بعد شعور بالاحتياج إلى مساحة ومكان إيواء أكبر" نجد أن مرضى الدرجة الأولى كانوا أحيانا يتناولون الغذاء مع عائلة المدير، أو يتناولون وجباتهم فى قاعة الطعام التى كانت تزود على نحو مريح بمراوح فى السقف. كما نجد على نحو مماثل أن السماح بالدخول إلى مكتبة المصحة كان أمرا انتقائيا فى تلك الأوقات المبكرة: أما بعد ذلك فقد ضُحى بهذه المتعة بسبب الحاجة إلى مزيد من الأماكن للإقامة. وبالتالى، أصبح العمل ووسائل الترويح بالنسبة لمعظم المرضى فى كلكتا أمورا يزداد تقلصها دائما كنتيجة لتزايد ازدحام المبانى. بحلول منتصف القرن كان مرضى الدرجة الأولى مازالوا يزودون بالمجلات، أما مرضى العنابر فكان فى وسعهم قضاء معظم وقتهم خلال النهار جالسين فى الشرفات، إلا أنهم لم يعد يتاح لهم العمل التطوعى، الذى كان ينظر إليه وقتها على أنه "أهم وسيلة عمل علاجية فى المصحات فى أوروبا". وجعل مدير مصحة كلكتا من عدم وجود العمل التطوعى ميزة، مدعيا أنه "لايمكن مطلقا تطبيقه فى بلاد الهند الحارة"، وأنه "ضار بالأوروبيين". وكان يزعم أن المناخ يجعل "الزراعة والبستنة والعمل فى المطبخ أوالمغسلة أو المخبز أمورا غير عملية". وكان من المعتقد أيضا أن "العمل الميكانيكى سيكون غير ملائم"، لطبيعة "أغلبية المرضى" الذين كانوا "جنودا وبحارة أو سادة مهذبين".

وإذن، فمن الواضح أنه على الرغم من وجود بعض اختلافات محلية، فإن هذه المصحات كانت تعطى اعتبارا هائلا لمسائل الأصول الاجتماعية والعرقية. وكان يتم الإبقاء بحرص على التقسيم الطبقى بين الأوروبيين، وكان هذا ينعكس على شتى الإمدادات ووسائل المتعة التى تتاح للنزلاء. وكان الموظفون العاملون فى المصحات ينظمون هم أيضا طبقيا، وكان ترتيبهم فى طبقات صدى للتصنيف المطبق على المرضى حسب العرق والطبقة الاجتماعية والجنس، كذكر أو أنثى. أعلى وظيفة فى المصحة هى وظيفة المدير الطبى. وحيث إن له الإشراف الطبى والإدارى على المصحة فقد كان على نحو ثابت من الأوروبيين. والمرضى الأوروبيون توفر لهم الخدمة بحراس أوروبيين. ومن الظاهر أنه لم تكن هناك أى مشكلة تواجه من حيث تجنيد أشخاص

مناسبين لهذا العمل. فكان من السهل العثور على الجنود والبحارة السابقين الذين يفضلون العمل فى الهند، على المستقبل المشكوك فيه عند العودة إلى بريطانيا بعد أعوام كثيرة من الحياة فى الخارج، أو أنهم يكونون ممن قد تزوجوا من نساء هنديات. على أنه يبدو أنه كان هناك صعوبة أعظم فى العثور على حارسات ملائمات من الإناث. فالمرشحة المؤهلة لوظيفة الإشراف على رعاية النساء الأوروبيات يجب أن تكون امرأة أوروبية، وليس هذا فحسب، بل أن تكون أيضا من طبقة "محترمة"، وإن كانت على استعداد لقبول الأجر جد المنخفض (حوالى ٨ إلى ١٥ روبية فى الشهر). وكان يبدو أيضا أن هناك مؤهلات عرقية لوظيفة مساعد الصيدلى، ولكن ليس لعامل مزج تركيبات الدواء. أما سائر الموظفين الذين يتألفون من الطهاة والكناسين والحرس وحملة المياه والغسالين والحلاقين والخدم المرافقين بالعنابر، فكانوا يشكلون "مجموعة مؤسسة الأهالى" بالمصحة. وكان يتوقع منهم أن "يظهروا أقسى الإذعان والطاعة لرؤسائهم من الموظفين"، (وهم عادة أوروبيون)، وأن يؤدوا "فى هدوء" مدى واسعا من مهام الخدمة والأعمال الوضيعة.

فى حين يبدو أن الموظفين من الأوروبيين الذين يستخدمون للوظائف الأرقى، كانوا أقل عددا مما فى المصحات الخاصة فى إنجلترا، فإن المصحات الأوروبية فى الهند كان عدد من يوظفون فيها من العاملين بالوظائف الأدنى عددا أكبر، إلى حد له اعتباره، من العدد المعتاد فى المؤسسات الخاصة والعامة فى أوروبا. وحيث إن عدد الموظفين الأوروبيين الذى كان يوصى به فى عشرينيات القرن التاسع عشر، ظل عددا ثابتا فى حين زاد عدد المرضى بعشرة أمثال، فإنه لابد أن أفراد الخدمة من الهنود هم الذين كان عليهم أن يعوضوا عن المستوى المنحدر للخدمات العامة. وحتى مع ذلك، فإن الظروف فى أماكن إقامة المرضى الأوروبيين فى بومباى حيث يوجد خادم مرافق لكل ثلاثة أفراد أوروبيين، لابد أنها كانت أفضل من الظروف فى "عنابر الأهالى"، حيث كان يوجد خادم مرافق واحد لكل سبعة من الهنود.

كانت السلطات المحلية فى الهند تلتزم بالتمييز العرقى التزاما واضحا، حيثما كان يجرى فحص لإجراءات الدخول فى المصحات ولإدارتها العامة. وفى ١٨٢٠ راجعت اللجنة الطبية لولاية كلكتا، هى ومجلس إدارة الشركة فى لندن، التنظيمات المؤسسية لمصحة كلكتا. واقترح مجلس إدارة الشركة أنه لأسباب اقتصادية ينبغى إلغاء المصحة التى كانت مقصورة على الأوروبيين فقط، وأنه ينبغى منذئذ إرسال المرضى العقليين الأوروبيين إلى مصحة الأمراض العقلية للأهالى التى تأسست حديثا. واعترضت السلطات المحلية بشدة على هذا الاقتراح، محتجة بأن "اختلاط الأوروبيين المثقلين بخبلهم العقلى مع أهالى فى نفس الحالة، (لهو) أمر يُشك كثيرا فى مدى ملاءمته". بل إن "اختلاط" أفراد الطبقات الدنيا من الأوروبيين مع الهنود يعد أمرا غير مقبول. وترتب على ذلك أن تم الإبقاء على مؤسسة مستقلة ذات تكلفة باهظة، لتكون مقصورة فحسب على المجانين الأوروبيين. على أن الفصل بين الأعراق فى مدراس وبومباى كان أقل صرامة. فكان الأوروبيون والهنود يحتجزون داخل نفس المبانى، وإن كانوا لايزالون يعيشون فى أوضاع منفصلة.

الإعادة للوطن

لما كانت بنية مجتمع المستعمرة تنقسم حسب مراتب من العرق والطبقة، فإنه كان لابد أن تتكرر نسخة من ذلك فى أوضاع المؤسسات التى يقيمها المجتمع. وجود مؤسسات متخصصة يوفر بدوره المجال لتأكيد سلطة الدولة المنظمة، حتى على تلك المجموعات الهامشية للمجتمع. مما يفيد فى تأكيد ذلك ما وُجد من سياسة عمل فى الهند، صممت لاستكمال احتجاز الأوروبيين داخل مؤسسات العلاج النفسى هناك – وهى سياسة ترحيل المرضى الأوروبيين لإعادتهم لأوروبا. ترسخت سياسة الإعادة للوطن كإجراء قياسى فى ١٨١٩، حيث تم وضع حد أقصى لزمن احتجاز الأوروبيين فى المصحات فى الهند بحيث لا يزيد على سنة واحدة. كانت الموانئ الرئيسية لترحيل "المجانين" هى كلكتا ومدراس وبومباى. وكانوا يأتون على مدار العام فى مجموعات من

المقاطعات والمراكز الداخلية إلى هذه المدن الرئيسية، حيث كان يتم استقبالهم فى المصحات لوضعهم بعدها تحت الملاحظة.

وإذا بدا أن من غير المحتمل أنهم سيتم شفاؤهم خلال عام فإنهم كانوا يعادون ثانية إلى أوروبا.

تم إقرار سياسة العمل هذه وظلت باقية لعدد من الأسباب التى تعد أسبابا عملية كما تعد أيضا أسبابا أيديولوجية. وبداية، فإن الإنفاق على مؤسسات المصحات فى الهند كان مكلفا للغاية. فأجور الدور وأسعار الأرض كانت عالية علوا مزمنا، خاصة فى كلكتا، وكذلك أيضا أجور الأفراد العاملين الأوروبيين، وكانت المصحة العقلية تحتاج إلى عدد من الأفراد العاملين أكثر مما فى أى مؤسسة مشابهة، مثل السجون، حيث يسهل وضع النزلاء فى الحبس وحراستهم بسجانين من الهنود. وكان هناك إحساس بأن نزلاء الدرجة الأولى فى المصحات لا يمكن حرمانهم من خدمهم الخصوصيين ومرافقيهم. لم يكن ينظر إلى حالتهم العقلية على أنها مرض نهائى، وإنما هى بالأولى اعتلال يمكن أن يخف بمرور الوقت، بحيث يمكن للمرضى أن يتحرروا من محنتهم المؤقتة ليعودوا إلى بيئتهم الاجتماعية السابقة. وكان من المعتقد أنه حتى مرضى الدرجة الأولى الذين ظلوا فى مرضهم زمنا طويلا، لا يمكن أن يُحرموا على نحو عادل من امتيازاتهم السابقة، على الرغم مما قد يتطلبه ذلك من نفقات لها اعتبارها. كان من المعتقد أيضا أن الأوروبيين من أفراد الطبقات الدنيا يحتاجون إلى خدمة من مرافقين أوروبيين، وإن كان سبب ذلك فى حالتهم هو ما كان شائعا من رد فعل المرضى العنيف لأن يشرف عليهم أفراد من "الأهالى"، كما أن السلطات كانت تعارض فى إصرار تعيين الهنود فى وظائف يكون لهم فيها تحكم فى الأوروبيين. كانت مثل هذه الاعتبارات تنحو إلى رفع تكلفة المؤسسات الأوروبية فى الهند. ولعل إحدى الطرائق البراجماتية لتوفير المال قد تكون فى إنشاء مؤسسات من النوع الذى يمكن فيه مراقبة كل الأفراد المحتجزين من مكان واحد، وهو نوع كان سائدا وقتذاك بريطانيا، حيث يمكن فيه تطبيق اقتصاديات الحجم الأكبر. لما كان مثل هذا الحل يستلزم دمج المؤسسات

الأوروبيـة الصـغـيـرة الحـجـم نسـبـيـا مـع المؤسـسـات "الأهلـيـة"، فـإنه حل لم يتم قط اتخـاذه، وبدلا من ذلك حدد زمن الإقامة فى مؤسسات الحجم الصـغير المكلفة، ليكون سنة واحدة ووُفرت نفقات الترحيل من الهند للمرضـى الذين يحتاجـون إلى مـزيد من الرعاية والعلاج.

يتعلق أحد الجوانب ذات الصلة الوثيـقة بسـياسـة الإعـادة إلى الوطن، باهتـمـام الشركـة بتحديد هـجرة البيض إلى الهند. فكان يزعم أن هـناك تهديدا لكرامـة الحكام الأوروبيين عند وجـود أفـراد أوروبيين مـعـوزين، أو أفـراد غـيـر ذلك من الطبـقـة الدنيـا الأوروبية غير المرغوب فيهم اجتماعيا. وهذه حجة قديمة كانت تستخدم ضد أى احتمال لاستـعمـار الهند بالأوروبيين منذ أواخر القرن الثامن عشر ومـا بعدهـا. غير أن الشـركة مـالبثت أولا أن خسـرت احـتكارهـا التـجـارى للهند فى ١٨١٣، ثم خسـرت فى ١٨٣٣ حقوق وقف تجارة الصين عليها. وتبع هاتين الخسـارتين أن أصبحت سياسة تحديد الهـجرة مما لا يمكن اتباعه اتباعا صـارما. وعلى الرغم من ذلك جرت محـاولات شتى ناجـحـة لمنع الجنود المسـرحـين من الخـدمـة من البـقـاء فى الهند، ولإعـادة الأوروبيين المعـوزين إلى وطنهم. أمـا نـوع الأفـراد الذين كـانت الشـركـة تريدهـم فى الشـرق فـهم الموظفـون المدنيون، والعسكريون الذين يمكنهم إقـامـة اسـتـثـمـارات تجارية مربـحـة أو يمكنهم بطرائق أخرى تعـزيز قضـيـة الحكم الأوروبى، وذلك بدلا من أفراد يكون فـيـهم صـدى من بؤس وعوز الطبقة الدنيـا لبريطانيا نفسـهـا، أو الأفـراد الذين لا يستطيعون إعالة أنفسهم بسبب الإصابة بمرض أو بمأساة شخصية. وبالتالى فإن ترحيل المرضى العـقليين الأوروبيـين أمـر يتـلاءم مع المـمـارسـات السـابق إرسـاؤهـا، للتـحكم فـى تدفق الأوروبيين على الهند، بـأن يُرحل بالسـفـن إلى الوطن أولئك الأفراد الذين يعـدون غـيـر مرغوب فيهم اجتماعيا أو غير منتجين اقتصاديا.

بالإضـافـة إلى ذلك، فـقـد ظهـرت صـورة وطنية عاطفـيـة لبريطانيـا "كـبلد أخـضـر بهيج"، هو الملاذ الأخير والوطن الحقيقى للموظفين البريطانيين العسكريين والمدنيين، وكـان ظهـور هذه الصـورة هكذا مـواكبـا للأفكار التى تـدور حـول وجـود رسـالة "نشـر

الحضارة" في بلاد ما وراء البحار. وكان يُعتقد أن النقص المزعوم للكابح الأخلاقي والحس بالواجب عند أفراد الطبقات الدنيا، هو نقص يتفاقم أمره بالخدمة في المناطق الحارة بدلا من أن يقل. فالأوروبيون عندما يصابون بالتأثيرات الضارة للتعرض للشمس ولما كان يسمى "بالحياة الشاقة"، فإن الفرصة الوحيدة لشفائهم تكمن فيما يعتقد في المبادرة مبكرا "بنقل هؤلاء الأفراد التعساء إلى مناخ أكثر برودة"، حيث إنه "ينبغي ألا نسمح بأي حال لأي رجل بعد إصابته بالجنون، بأن يظل باقيا في حال من الظروف والعلاقات من الواضح أن من المحتمل جدا أنها ستؤدي إلى نكسته".

هذا ويمكننا أن نتابع وراء عملية ترحيل المرضى والأفراد "ذوي الشخصيات السيئة" والمعدمين والمرضى العقليين، إلى زمن يسبق عام ١٨٠٠ بوقت له قدره، عندما انبثق التحكم في الهجرة الأوروبية كجزء من السياسة الاستعمارية لتقييد وجود أفراد الطبقة الدنيا الأوروبية في الهند البريطانية. من خلال هذا السياق التنظيمي الأوسع فإن سياسة الشركة بالنسبة "للمجانين"، يمكن تمييزها بأنها تتصف بالعمل على التخلص من المشكلة بترحيل المرضى العقليين أنفسهم. وفي نفس الوقت فإن إجراء الإعادة إلى الوطن أسهم في تقوية الموقف الأيديولوجي الموجود وقتذاك ضد أي اندماج ثقافي وعرقي، وبالتالي فإنه كان يضاد أي نزعة بالنسبة للأوروبيين "لأن يتحولوا إلى أهالي". وهكذا فإن الإعادة إلى الوطن، مثلها مثل العزل في المصحات، أفادا معا في الإبقاء على المسافة الاجتماعية الموجودة بين الأعراق والطبقات المختلفة تحت حكم الشركة في الهند.

الطب النفسي والحكم الاستعماري

قد يبدو إذن أنه في زمن مبكر من القرن التاسع عشر أصبح الطب النفسي جزءا متكاملا من المنظومة الاستعمارية للرفاه والانضباط الاجتماعيين. كما أنه أيضا يفي بوظيفة أيديولوجية مهمة، وهذا دور قام به الطب النفسي على الرغم من الفائدة

المحدودة التى تجنى من الاحتجاز للعلاج النفسى. الخطاب المعاصر عن أن مصحة المجانين نموذج رائع للمبادئ الإنسانية البريطانية، والتقدم العلمى فى الهند، يبدو خطابا متسما بالمبالغة عندما يقارن بالعدد الصغير والحجم الصغير للمصحات التى أنشئت فعلا. غير أن الأمر بالضبط هو أن هذه المبالغة هى والمزاعم غير المتناسبة التى زعمت بشأن الطب النفسى، قد أدت إلى المساعدة على أن يتخذ البريطانيون لأنفسهم صورة ذاتية كجنس من الحكام الإنسانيين والعقلانيين، الذين تصدق إنجازاتهم العلمية على دعواهم بأن الحكم الاستعمارى يتصف بأنه خيِّر وشرعى. وقد ظلت هذه الشرعية دائما مما يُناضَل بعنف فى سبيله، كما ظلت مما يؤكَّد عليه بثقة. وظل الطب النفسى الأوروبى - بالمثل - يعمل كدالة رمزية مهمة، سواء لأنصار أو لمعارضى استمرار الوجود البريطانى فى الهند. ويبقى الدور الأيديولوجى للطب النفسى حيا بعد نهاية إدارة الشركة فى ١٨٥٨، ويبقى مستمرا حتى فى ذروة الحكم الإمبريالى، حيث كان يتم تنفيذ احتجاز "المجانين" الأوروبيين والهنود فى مؤسسات متخصصة، ذات حجم أكبر (وإن كان لم يزل حجما محدودا). ومن الممكن بالطبع طرح الحجج الاقتصادية والسياسية لتفسير الحكم الاستعمارى وملامحه المميزة. إلا أن الأعمدة الأيديولوجية للاستعمار كانت ضرورية أيضا للإبقاء على صورته وعلى سلطته، كما كان لها أيضا أهمية بالنسبة لعلاقتها بفهم خصائصه. وهذا هو السياق الذى يمكن فيه رؤية الطب النفسى على أنه يحوز أهمية تذهب لمدى أبعد تماما من دوره المباشر فى التحكم فى أفراد محدودين من "المنحرفين" و"مسببى الضرر"، وفى إخضاع الجنون.

الفصل الثالث

الجدرى(*) وطب المستعمرات

فى الهند فى القرن التاسع عشر

دافيد أرنولد

كان الجدرى بالنسبة للكثيرين من أطباء القرن التاسع عشر البريطانيين هو "كارثة الهند". واشتهر عن الجدرى أنه "واحد من أعنف وأقصى الأمراض التى يتعرض لها الجنس البشرى"، وهو مسئول عن "عدد من الضحايا يفوق ضحايا كل الأمراض الأخرى مجتمعة"، ويفوق حتى الكوليرا والطاعون "فى طبيعته الخبيثة العنيدة". حدثت عدة ملايين من الوفيات فى أواخر القرن التاسع عشر وحده، ترجع كلها إلى القوى المدمرة لهذا المرض. وإلى جانب أنه يسبب موت ثلث حالاته كلها، فإن الجدرى ينتج عنه أيضا ندوب وتشوهات دائمة فى الكثيرين ممن يبقون أحياء بعد الإصابة به: وقد اعتبر الجدرى فى أحد التقديرات مسئولا عن ثلاثة أرباع حالات العمى فى الهند.

على أن ارتفاع معدل الوفيات وإحداث أوجه عجز دائم لم يكونا كل ما ميز الجدرى، كمرض له أهميته الخاصة بالنسبة للهند فى القرن التاسع عشر. فقد ظل الجدرى يشغل مكانة متميزة بالنسبة لموقف كل من الهنود والبريطانيين من المرض وعلاجه والوقاية منه. الجدرى كان من أسهل ما يمكن التعرف عليه من الأمراض

(*) الجدرى حمى معدية تنتج عن أحد الفيروسات، وتؤدى مع ارتفاع الحرارة إلى ظهور بثور صديدية فى الوجه تنتهى بندوب مشوهة. والإصابة بالجدرى يمكن توقيها باستخدام طعم واق. (المترجم) .

الوبائيـة فى الهند، كما أنـه كان من أشدها قسـوة، وكان له تمثله على نحو واسع فى المعتقدات والطقوس الدينية، فكان له آلهته التى تعبد فى الواقع فى أنحاء الهند كلها. وهذا المرض مما يخضع للتدخل البشرى على نحو فريد. وكان التطعيم بطعم جينر الذى أدخل فى الهند ١٨٠٢، مما شجع البريطانيين على اعتبارالجدرى مرضا يمكن توقيه. على أن اهتمامات أطباء المستعمرات بقيت وقتا مركزة على نحو ضيق على الاحتياجات الأوروبية، فكان التطعيم يمثل محاولة يندر القيام بها لنقل الطب الغربى إلى أفراد الشعب. الحقيقة أن التطعيم كان يستلزم درجة من تدخل الدولة طبيا لم يكن لها وجود، ولا لأى مما يماثلها، حتى حدثت الحملات المضادة للطاعون فى أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر. ولكن على الرغم مما أدركه البريطانيون من فوائد للتطعيم(*) لا تقبل الجدل، فإن ممارسته لم تكتسب موافقة عامة عليها إلا على نحو بطئ. أحد العوامل التى سببت ذلك هو موقف الإدارة الاستعمارية نفسها، خاصة بالنسبة لتحمل عبء التكاليف اللازمة لذلك. كما كان هناك أيضا صعوبات عملية لابد من التغلب عليها. ولكن التطعيم كان يجابه بالإضافة إلى ذلك بتحد من ممارسة وسيلة وقائية منافسة هى التلقيح، وتحد من جهاز عمل منافس آخر من الأهالى المحليين الذين ينفذون التلقيح المباشر(**) للجدرى.

وبسبب توليفة من هذه العوامل استغرق الأمر مائة سنة حتى يصبح للتطعيم شكله الفعال كوسيلة وقاية جماعية فى الهند، واستغرق الأمر سبعين سنة أخرى حتى أمكن استئصال هذا المرض الرهيب نهائيا.

(*) التطعيم Vaccination طريقة للوقاية من الأمراض المعدية وذلك بإدخال جراثيم ميتة أو موهنة، إلى الجسم لتحفز الجهاز المناعى على تكوين أجسام مضادة للجراثيم تقاوم غزوها للجسم. وتطعيم جينر ضد الجدرى يستخدم فيروسات موهنة مصدرها البقر المصاب بجدرى البقر. (المترجم)

(**) التلقيح المباشر للجدرى Variolation أو التجدير، محاولة تحصين الأفراد ضد الجدرى بالنقل المباشر لإفرازات وقشور من المرضى بالجدرى لجسم شخص آخر، لتحفزه على إنتاج الأجسام المضادة، وكثيرا ما كان ذلك يؤدى إلى الإصابة بحالة عنيفة مميتة أولها مضاعفات. (المترجم)

لما كان للجدرى هذه الأهمية البارزة فى أفكار البريطانيين والهنود عن الطب والمرض، فإن هذا كان السبب جزئيا فى أن يتيح لنا الجدرى تبصرات لها قيمتها عن طبيعة الطب الاستعمارى فى الهند وأغراضه وتأثيراته، (وهناك أيضا سبب جزئى آخر لذلك وهو أن الجدرى قد نوقش على نحو مسهب فى الأدبيات الطبية لذلك العهد)، كما أن التأمل فى أمر الجدرى يتيح أيضا تبصرات عن قدرات سلطة الدولة الاستعمارية فى الهند، على التدخل الطبى وما كان يوجد بها من أوجه قصور عملية.

المرض والطقوس فى الهند

توجد مراجع طبية باللغة السنسكريتية ترجع وراء إلى ما يزيد على ألفى عام، فيها إشارات إلى مرض صديدى يسمى "ماسوريكا"، وفى ذلك ما يطرح أن الجدرى كان موجودا كمرض قديم بين شعوب جنوب آسيا. على أن من المحتمل أن حدة المرض لم تكن ثابتة، وإنما كانت تتراوح حسب اختلاف السلالات الفيروسية، وحسب تغير درجة استهداف البشر للمرض. ويحاج رالف نيكولاس، محاجة بنيت أساسا على المصادر الأدبية، بأن الجدرى كان قليل الحدة نسبيا فى البنجال، حتى حدث فى القرن الثامن عشر غارة ماراثا والفتح البريطانى، اللذان مزقا المجتمع الريفى وسببا المجاعات وهجرات السكان، وهى أمور سهلت نشر الجدرى. ويحاج نيكولاس أيضا بأن التلقيح فى مثل هذه الظروف كان يهمل أمره، فيزول بالتالى مانع مهم لانتشار المرض فى ذلك لوقت. ولا ريب فى أنه يوجد برهان فى الأزمنة الأحدث على وجود علاقة ارتباط وثيقة بين وبائية الجدرى من ناحية، والمجاعة والاضطراب السياسى من الناحية الأخرى.

والجدرى أيضا يتبع دورة أقصر وأسهل من حيث التنبؤ بها. فالجدرى الذى كان مرضا متوطنا فى معظم أنحاء الهند، كان يعود بشكل وبائى له قوته كل أربعة إلى ثمانية أعوام مع تكوين مستودع من الأطفال المستهدفين للمرض ممن ولدوا بعد الوباء السابق. والجدرى فى الهند يظهر أيضا دورة موسمية لافتة. فهو يزداد انتشارا بين

فبراير ومايو بحيث إنه كان مشهورا فى شرق الهند بأنه (باسنتاروجا) أى "مرض الربيع". ثم ينحسر المرض مع بداية فترة الرياح الموسمية، ليصل إلى أقصى انحساره السنوى فى أكتوبر ونوفمبر. وتفسر الظروف الجوية جزئيا هذا النمط الذى يحدث به المرض (يزداد فيروس الجدرى نشاطا وتزداد سهولة قدرته على الانتقال فى الجو الجاف عنه فى الجو الرطب). على أن هناك تأثيرات اجتماعية وثقافية كان لها أيضا أهميتها فى ذلك. فشهور الربيع فى الهند هى تقليديا وقت الاحتشاد والسفر. فالحج إلى المزارات المقدسة الرئيسية، والمواسم الدينية الشعبية واحتفالات الزواج كلها أكثر شيوعا أثناء الجزء الجاف من السنة حين يكون السفر أسهل والأرض غير محتاجة إلا لعمل قليل. وهذه الأنشطة توفر الحركة والمخالطة الاجتماعية اللازمين لانتقال عدوى الجدرى. أما المجاعات فإنها بالإضافة إلى إضعاف المقاومة البشرية للعدوى، لها أيضا تأثير مشابه لما سبق: فالأفراد الذين تصيبهم المجاعة يهيمون بحثا عن الطعام أو يحتشدون فى معسكرات المعونة والمدن، حيث يسهل نقل عدوى الجدرى وغيره من الأمراض.

مع غياب أى إحصاءات تفصيلية قبل ثمانينيات القرن التاسع عشر، نجد أن من الصعب قياس المدى الكامل لمعدل الوفيات من الجدرى فى الهند البريطانية. ومن المحتمل أن تكون التقديرات الأولى فيها مبالغة إلى حد عظيم. ولما كان الجدرى فى أوروبا نفسها مرضا معروفا ويخافه الناس خوفا عظيما، فقد كان من الممكن أن تحدث أخطاء بأن تنسب حالات الوفاة اليه بدلا من أن تنسب إلى أمراض أخرى كانت وقتها مجهولة إلى حد كبير. هناك بعض بيانات موجودة عن كلكتا، حيث بلغ متوسط حالات الوفاة من الجدرى ٧٣٤ حالة فى السنة، بين ١٨٣٧ و ١٨٦٥ ؛ على أن من المحتمل أن الكثير من الحالات المميتة كان يفوتها التسجيل فى هذه السنوات المبكرة. فى أول خمسة شهور من ١٨٥٠، وهى سنة وباء، نجد أنه كان هناك ٣٣٢٩ حالة وفاة معروفة بين سكان المدينة من الهنود الذين يقدر عددهم بما يبلغ ٣٨٧٣٩٨ من الأفراد. ويكتب ر. برينجل بحثا فى مجلة "لانست" فى العام ١٨٦٩ ويخمن فيه أنه فى منطقة (دوب)

المزدحمة فى شمال الهند قد تكون نسبة السكان الذين تعرضوا فى مرحلة من حياتهم للإصابة بالجدرى هى نسبة تصل إلى ٥٩ فى المائة. وهو يضيف أن المرض كان جد منتشر حتى "أصبح من المقولات الشائعة إلى حد كبير بين الطبقات الزراعية بل وحتى بين الطبقات الأكثر ثراء، أنه ينبغى ألا يُحسب قط عدد الأطفال كأعضاء دائمين فى الأسرة ... حتى تتم إصابتهم بالجدرى وشفاؤهم منه".

وبحلول ثمانينيات القرن التاسع عشر تجمعت إحصائيات عن معدلات الوفاة فى الهند يمكن الاعتماد عليها بدرجة أكبر، وإن ظلت إجراءات التسجيل منقوصة بصورة واضحة. ونجد فى ذلك الوقت أيضا أن التطعيم ربما كان قد بدأ يؤثر بعض الشئ فى خفض معدل الوفاة من المرضى. وبعد أن كانت الوفيات تبلغ ١,٤٤ مليون حالة فى العقد بين ١٨٦٨ - ١٨٧٧، و١,٤٦ مليون حالة فى العقد بين ١٩٧٨ - ١٨٨٧، انخفض معدل الوفاة من الجدرى إلى ٩٦ , ٠ مليون حالة فى العقد بين ٨٨- ١٨٨٧ وإلى ٨٣, ٠ فى العقد بين ١٨٩٨ - ٧-١٩.

إذا كان الجدرى سببا رئيسيا لحالات الوفاة بين الهنود، فإنه كان أيضا مرضا جد مرهوب بين الأوروبيين فى الهند. قبل ١٨٠٠ كان المستوطنون البريطانيون يلجأون إلى حد ما إلى التلقيح المباشر بالجدرى (التلقيح بمواد من حالات الجدرى)، ولعل هذا كان فيه محاكاة للممارسات الأوروبية الجارية وقتها وليس للممارسات الهندية. وفيما عدا ذلك، فإن الأوروبيين كانوا يفرون من بيوتهم "فى ذعر" حتى ينتهى الوباء. مع مسارعة الأوروبيين لاتخاذ إجراء التطعيم بعد ١٨٠٢، قل تعرضهم للإصابة بالجدرى عن تعرضهم للإصابة بالأمراض الكثيرة الأخرى التى تقابلهم فى الهند، مثل الكوليرا. على أنه حدث فى وباء ٤٩ - ١٨٥٠ فى كلكتا أن أُدخل ستة وسبعون أوروبيا إلى المستشفى العام بالمدينة وهم يعانون من المرض، وحدثت بينهم عشرون حالة وفاة. وكان معظم المصابين من "الأوروبيين الفقراء" وخاصة الجنود والبحارة. أما الأوروبيون الأكثر ثراء، فيعتقد أنهم كانوا محميين من المرض، ليس فحسب بالتطعيم، وإنما أيضا بسبب اتساع بيوتهم وحدائقهم وعدم مخالطتهم للهنود مخالطة وثيقة.

على أن انخفاض درجة الاستهداف للمرض لم تكن تعنى أن الجدرى قد توقف عن أن يكون من الأمور التى تشغل بال الأوروبيين. فقد كان التطعيم يُنفَّذ أحيانا تنفيذا سيئا بحيث يكاد يكون "لاقيمة له"، وكان من الممكن أن تكون فترة المناعة من المرض جد قصيرة قبل أن يتم إدخال إبرة التطعيم فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر. كان هناك شعور بأن الأطفال خاصة معرضون للخطر بسبب الخدم الهنود الذين قد ينقلون عدوى المرض "من بيوتهم المعتمة فى البازار". كانت إحدى الحجج التى تستخدم لفرض التطعيم الإجبارى فى بون (بونا) حتى وقت متأخر يصل إلى ١٨٩٢، هى حجة أنه إنما قد فرض "نظرا لقرب المدينة من مركز إقامة عدد كبير من الأوروبيين، ولوجود اتصالات متبادلة على نحو دائم بين المدينة وهذا المركز". وحيث إنه كان لا يمكن تجنب قدر معين من المخالطة مع السكان الهنود، فإن إحدى أولويات الطب الغربى فى الهند كانت بناء "حزام صحى" حول المجتمع الأبيض، حيث يكون من أول من يتم اختيارهم للتطعيم أولئك الهنود الأقرب للمجتمع الأبيض، مثل خدم المنازل، والجنود، وحتى العاملين فى المزارع. فى أول الأمر، كان الحافز للحث على المطالبة بمنع التلقيح وعلى جعل التطعيم إجباريا، هو الرغبة فى حماية حياة الأوروبيين وليس الهنود. على أنه حدث بعد ذلك بوقت أن تداخلت اعتبارات أوسع تجارية وإدارية بالنسبة للأوروبيين، من أصحاب المزارع والمصانع الذين أدركوا المزايا العملية لتطعيم قوة العمل.

كان معظم الأوروبيين فى هند القرن التاسع عشر يؤمنون بالنظرة العلمانية إلى الجدرى، وهكذا تكيفوا بسهولة فى العقود التالية مع نظرية الجراثيم كسبب للمرض. على أن الجدرى بالنسبة لمعظم الهنود كان يحمل معنى دينيا قويا. وهكذا نجد عبر حزام عريض بالهند يمتد من البنجال شرقا إلى مهاراشترا وجوجارات غربا، أن الإلهة سيتالا كانت تعرف بأنها الإلهة المسئولة عن جلب أو منع المرض. أما فى الهند الجنوبية فكانت الإلهة ماريامًا تشارك فى بعض من الخواص نفسها. وهناك

أمراض وعلل كثيرة تجد لنفسها تمثلا فى بانثيون(*) الهندوسية الشعبية، إلا أن الإلهة سيتالا تتمتع بما لها من أهمية بارزة كإلهة ذات فعالية استثنائية. وهى عندما يتم تمجيدها ومداراتها من خلال الصلاة والقرابين وغير ذلك من صنوف العبادة، فإنها يمكنها أن تمنح الوقاية من المرض أو أن تخفف من أثاره. أما إذا أُغضبت او أُهملت، فإن غضبها يتخذ شكل الحمّى العنيفة التى تجتاح أجساد ضحاياها، وينتج عنها تشوه يدوم أبدا أو ينتج عنها الموت. ولما كان من المفهوم أن سيتالا هى جبلّيا "الإلهة الباردة"، فقد كانت تقدم لها الأطعمة المبردة وكان ضحاياها يزودون بالمشروبات الباردة وأدوية البلسم الباردة. والمريض الذى يموت بالجدرى لاتحرق جثته - ومع أن إحراق الجثث ممارسة مألوفة بين الكثير من الطوائف فى الهند - وذلك خشية إصابة الإلهة بلذع النار مما يزيد من إثارتها.

لما كان المرض يتبع دورة جد معروفة، فإنه كانت تقام احتفالات سنوية لتكريم الإلهة فى أنحاء كثيرة من شرق وشمال الهند أثناء فصل الربيع (فصل مرض الجدرى): وكانت تقام فى هذا الوقت أيضا مواسم لسيتالا ولحج الناس (وخاصة النساء والأطفال)، إلى المزارات المقدسة الرئيسية للآلهة (مثل جورجون فى جنوب غرب دلهى).

ونجد أنه بالنسبة لمعظم الهندوس (بل أيضا بالنسبة للكثير من المسلمين الذين شاركوا الهندوس فى هذا الجانب من الثقافة الشعبية)، أن الإيمان بسيتالا وماريامّا كان جزءا متكاملا من فهمهم الأوسع للمرض وللقوى الخيرة والشريرة. وباعتبار أن سيتالا "إلهة باردة" فإن عبادتها كانت تجسد الاعتقادات الشعبية لمفاهيم متناقضة بالنسبة للتبريد والتسخين فى الطقوس والطعام. وبعض هذه الأفكار لم تكن جد بعيدة عن الأفكار التى كانت تشيع عن المرض فى أوروبا فى القرون السابقة. أما بالنسبة

(*) البانثيون: هيكل مكرس لجميع الآلهة عند الإغريق. (المترجم).

للأطباء البريطانيين فى القرن التاسع عشر هم والمبشرين ورجال الإدارة، فإن هذه المعتقدات كانت تعد خرافة عفنة، ليست إلا برهانا على خمول الهنود وجهلهم. وكانت الطبيعة الثنائية لإلهة الجدرى (كالحامية والمضطهدة معا) مما لا يدركونه. وبدت لهم فحسب كروح شريرة، وجزء من الجانب المظلم من الهندوسية مثله مثل ساتى وثوجى وقتل الإناث من الأطفال، وهذا كله مما كان الأوروبيون يعدونه منفرا أعمق التنفير. هذا الموقف من العداء والازدراء جعل البريطانيين فى موضع لا يمكّنهم من فهم عناد الهنود إذ يتشبثون بإيمانهم بسيتالا، وهذا أمر كان بالتالى أحد الأسباب لما شاع من نفور فطرى من التطعيم غير الإلهى.

التلقيح المباشر بالجدرى (التجدير)

إذا كان التعود على مرض مخيف مما يشجع على أن تُجعل له طقوسه، فإنه أيضا يشجع على محاولة التحكم فيه طبيا. الجدرى يتلاءم مع هذا الهدف تلاؤما فريدا، فهو يؤدى إلى إنتاج مواد جدرية من طفح جلدى وقشور يمكن نقلها إلى المتلقى أو امتصاصها بالحقن من تحت الجلد، أو ابتلاعها أو استنشاق القشور المسحوقة. يظل الفيروس نفسه نشطا على الأقل لمدة عام فى القشور التى تحفظ بعناية، فإذا تم التلقيح بها على نحو فعال، فإن ذلك يكسب مناعة من المرض طوال الحياة. نقل المرض هكذا لا يتطلب وجود أى علاقة معقدة مع نواقل وسيطة للعدوى، كما أن الفهم الأساسى لطريقة انتقال المرض من فرد لآخر، لم يكن أمرا يحتاج إلى أن ينتظر أولا الكشوف العلمية التى ظهرت فى أواخر القرن التاسع عشر. ولهذه الأسباب فإن ممارسة التلقيح المباشر أو التلقيح بالجدرى ربما تكون قد نشأت على نحو مستقل، فى أجزاء مختلفة من أوراسيا وأفريقيا بدلا من أن تكون قد انتشرت من مصدر واحد كما يفترض عموما. ويبدو فى الهند أن هذه الممارسة قد تأسست منذ زمن طويل فى الشرق، وخاصة فى البنجال، أما فى الغرب - وخاصة فى السند - فإن إدخال هذه الممارسة يُرجع أحيانا إلى الغزوات الإسلامية. التلقيح المباشر كان يمارس على نطاق

واسع فى القرن التاسع عشر فى البنجال وبيهار والنصف الشرقى من المقاطعات الشمالية الغربية (ما يسمى الآن أوتّار براديش)، ولكنه فيما يبدو لم يكن منتشرا فى غرب الله أباد. كان هذا التلقيح موجودا أيضا فى أجزاء من منطقة الهملايا وتلال البنجاب، وبما هو أبعد غربا من السند وجوجارات وماهاراشترا، كما كان يمتد جنوبا حتى جوا (حيث كان يمارسه رجال الدين المسيحى البرتغاليون). أما فى جنوب الهند الدرافيدى، فى المنطقة التى حلت فيها الإلهة مارياماً مكان سيتالا، فإن التلقيح، وإن كان معروفا، كان يبدو أقل انتشارا بكثير. حتى وقت متأخر يصل إلى ١٨٠١، أى بعد خمس سنوات من اكتشاف جينر للتأثيرات الوقائية لجدرى البقر، كان البريطانيون فى ولاية مدراس مازالو يحاولون حث الهنود على اتباع إجراء التلقيح.

التلقيح المباشر كما مورس فى الهند كان له عدد من الملامح المميزة. فأولا : كان ينظر اليه على أنه مما يقر به الدين. وعلى الرغم من أن بعض الهندوس كانوا يعتمدون على عبادة سيتالا وحدها، فإن التلقيح نفسه كان بالنسبة للكثيرين طقسا دينيا. وكان من الشائع فى البنجال أن يقوم به أفراد من البراهمة(*) (زعماء متخصصى الطقوس فى الهند)، مصحوبا بالأغانى والصلوات التى تتضرع للآلهة للحصول على خيراتها الوقائية. وكانت تقدم قرابين أخرى لسيتالا عند شفاء الطفل من محنة تحصينه ضد المرض. وثانيا، فإن التلقيح المباشر بالجدرى كان له ممارسون مختصون به، يسمون فى شرق الهند "تيكادار" أو "صانعى العلامات". وحسب ما سرده ج. ز.هولويل عن التلقيح المباشر فى البنجال ونشره فى ١٧٦٧، فإن أشهر هؤلاء الممارسين كانوا يأتون من باناراس والله أباد وفريندابان. على أنه بحلول منتصف القرن التاسع عشر كان يشارك فى ذلك أيضا طوائف أخرى كثيرة، بمن فى ذلك "المالى" (طائفة من المشتغلين بالحدائق والزراعة)، و"السندوريا" (بائعو الصبغ

(*) البراهمة أفراد طبقة الكهنوت عند الهندوس، وينسبون إلى البراهما روح الكون العليا وعلته الأولى. (المترجم) .

القرمزى) فى شمال الهند، و "النابيت " (الحلاقون) فى داكا (دكّا) وثالثا، فإن التلقيح المباشر بالجدرى كان شكلا من العلاج الطبى يلتمسه أفراد الشعب بأنفسهم ويدفعون له أجرا: وبعكس التطعيم، فإنه لم يكن يعتمد على رعاية الدولة وتدخلها. وكان لأفراد "التيكادار" علاقات طويلة الأمد بزبائنهم فى القرى التى كانوا يزورونها كل عام أو عامين، ليلقحوا أعداداً كبيرة من الأطفال فى المرة الواحدة.

فى وضع حيث الجدرى يكاد يكون مرضا شاملا، فإن التطعيم المباشر بالجدرى كان يمارس على نطاق لم يستطع البريطانيون منافسته، حتى وقت متأخر من القرن التاسع عشر. ولعله كان يوجد فى ١٨٧١ عدد من العاملين بالتلقيح المباشر فى شمال البنجال يبلغ عشرين مثلا للعاملين بالتطعيم. قدر فى ١٨٧٣ أنه فى منطقة واحدة من أوربسّا وحدها، كان مائة من أفراد التيكادار يعملون بحيث ينفذون إجراء ٢٥ ألف تلقيح فى الموسم الواحد. أجرت حكومة البنجال فى ٧٢ - ١٨٧٣ "إحصاء عن التطعيم" كشف عن أنه من بين ١١٣٠١٥ من الأفراد الذين فحصوا، كان ٥٧ فى المائة منهم قد تم تلقيحهم، وكانتِ هناك نسبة من ١٥,٣٥ فى المائة من الأفراد الذين بقوا أحياء بعد إصابتهم بالجدرى وبالتالى فقد اكتسبوا مناعة طبيعية، وظلت نسبة من ١٠,٤٢ فى المائة من الأفراد بلا وقاية، أما من تم تطعيمهم فلا يزيدون على ١٧,٢٣ فى المائة. بل ان هناك تقديرات أخرى يصل فيها عدد من تم تلقيحهم إلى نسبة أكبر تصل إلى ٧٠ فى المائة أو أكثر من سكان البنجال فى منتصف القرن. ولاريب فى أن التلقيح المباشر بالجدرى لم يكن واسع الانتشار هكذا فى الأماكن الأخرى من الهند، ولكن هذه الأرقام تعطى بعض مؤشر عن حجم المهمة التى واجهها طب المستعمرات عند محاولته أن يحل مكان منافس محلى.

أصبحت فعالية اللقاح المباشر بالجدرى فى السنوات الأخيرة موضع بعض الخلاف. يحاج بيتر رازل بأنه فى بريطانيا فى القرن الثامن عشر، كان التلقيح المباشر يستخدم على نطاق واسع إلى حد كاف وبالحرص الكافى لأن يحد من معدلات الوفاة بالجدرى، ولأن يسبب انخفاضا فى المعدل الكلى للوفيات. والنظرة الطبية التقليدية هى

الآن مثلها مثل ما كان فى القرن التاسع عشر، تشكك كثيرا فى هذه المزاعم، وتؤيد الرأى بأن التلقيح المباشر بالجدرى له خطر مزدوج. فالتلقيح بفيروس الجدرى الحى يعرض المرضى لخطر نوبة مرض شديدة يحتمل أن تكون مميتة. بالإضافة إلى ذلك، فإن المرض عند نقله هكذا يظل بنفس القسوة كما فى الحالات التى تتم العدوى فيها بالطريقة الطبيعية، وتكون له قدرة مساوية على نشر الجدرى فى شكل وبائى.

يذكر هولويل بالتفصيل، وهو يصف التلقيح المباشر بالجدرى فى البنجال، الإجراءات الحريصة التى يتبعها أفراد "التيكادار"، ويطرح أنهم كانوا على وعى كامل بطبيعة المرض المعدية. ويقول إن أفراد "التيكادار" كانوا يستخدمون مواد جدرية قد جمعت فى العام السابق: وهم لا يلقحون قط بمواد طازجة، ولا بمواد فى حالة مرض أحدثت بالطريقة الطبيعية، مهما كان النوع واضحا وخفيفا. "يدل هذا على أنهم كانوا ينقلون عن عمد شكلا موهنا من الفيروس حتى يحدثوا رد فعل متوسطا. ويزعم هولويل أن التلقيح نادرا ما كان يؤدى لظهور أكثر من مائتى بثرة، وأحيانا كان ينتج عددا قليلا من خمسين بثرة. وهو يؤكد أنه لم تنتج أوبئة عن التلقيح المباشر "كما يشيع تخيل ذلك فى أوروبا".

على أنه بعد ١٨٠٢، مع إدخال التطعيم فى الهند، اتخذ الأطباء الأوروبيون وجهة نظر أكثر انتقادا بكثير للتلقيح المباشر. يذكر جون شولبريد ثانى مشرف عام للتطعيم فى البنجال فى تقرير له، أن أفراد "التيكادار" من البراهمة يقرون بأنه تحدث حالة وفاة واحدة لكل مائتين من الزبائن الذين يتم تلقيحهم، مقارنا ذلك بالرقم فى أوروبا حيث يموت فرد واحد من بين كل ثلاثمائة حالة. هكذا يزعم شولبريد، دون تقديم أى برهان على زعمه، أن ممارسة التلقيح المباشر "كانت بلا ريب أقل نفعا بكثير هنا منها فى أوروبا". ولعلها كانت تسبب الموت لواحد من كل ستين أو سبعين ممن يلقحون. بلغ من شدة عداء البريطانيين للتلقيح أن و. كاميرون فى ١٨٣١، وكان المدير العام وقتها، وصم التلقيح المباشر بالجدرى بأنه "حرفة إجرامية" ونادى بأن قمعها، "أمر لاغنى عنه لفائدة الإنسانية".

على أن الأطباء البريطانيين فى الهند لم يكونوا كلهم متفقين على هذه النقطة، وإن لم يكن هناك أبدا أى شك فى أذهانهم من أن التطعيم كان ممارسة أكثر تفوقا وأمنا. على أن البعض منهم كانوا يحسون بأن من التهور إلغاء التلقيح المباشر بالجدرى قبل أن يصبح التطعيم متاحا بسهولة. كان ت. أ. تشارلز المدير العام للتطعيم فى البنجال فى ١٨٦٩، يعتقد أن منع التلقيح المباشر سوف يشكل "ضررا كبيرا" للناس مالم يتم توفير التطعيم "كبديل كفء" له. وتشارلز، مثله مثل ج. وايز الجراح المدنى فى دكا، كان يشك فى أن التلقيح المباشر بالجدرى يسبب أيا من تلك الأرقام من الوفيات التى تنسبها له وجهة النظر الطبية السائدة فى بريطانيا وقتذاك. وكان كلاهما يقدران المعدل المحتمل للوفاة بما يقارب الواحد فى المائة، كما كانا يشككان أيضا فى الرأى بأن التلقيح المباشر بالجدرى كثيرا ما كان يشعل شرارة الأوبئة. واشتط تشارلز بعيدا فى رأيه إلى حد أنه طرح على الحكومة فى البنجال، أن تسمح للعاملين بالتلقيح المباشر بالجدرى بأن يستمروا فى عملهم بترخيصات تمنح لهم، فى المناطق التى لم يكن التطعيم بعد متاحا فيها أو مقبولا على نحو واسع. ورُفض اقتراحه هذا باعتبار أنه يشجع على تنفيذ ممارسات غير مرغوب فيها. وأقصى ما كانت تسمح به الحكومة هو أن تجند أفراد "التيكادار" لتدريبهم كعاملين بالتطعيم.

التطعيم

كان وفود التطعيم علامة لمرحلة جديدة وحاسمة فى تنمية الطب الغربى فى الهند. وحتى ذلك الوقت كان الأطباء الأوروبيون يقتصرون فى عملهم بما يكاد يكون اقتصارا كاملا على تقديم خدماتهم، حسب احتياجات مجتمعهم الخاص والجنود البريطانيين وأفراد الهنود الذين تستخدمهم شركة الهند الشرقية. لم تكن هناك أى محاولة جادة لجعل الطب فى خدمة الجماهير: بل كان يوجد أيضا جهل عميق بالأمراض المنتشرة فى الهند والحالة الصحية لمعظم السكان. تم إدخال التطعيم إلى الهند فى وقت خطير. ذلك أنه كنتيجة للتوسع السريع فى الممتلكات البريطانية فى جنوب آسيا، أخذ

الحكام الجدد للهند يدركون حاجتهم إلى معرفة المجتمع والبلد اللذين يتولون حكمهما بصورة أكثر تفصيلا. ويتضمن ذلك زيادة معرفتهم بأسباب الوفيات وطبيعة البيئة المرضيّة بالهند، والعوامل التى يحتمل أن يكون لها صلة مباشرة بالحياة الاقتصادية بل وبالأمن السياسى للنظام الجديد. وفى حين كان الطب الغربى وقتها لا يستطيع أن يقدم إلا عددا قليلا من سبل العلاج أو الوقاية، إلا أن الجدرى كان له وحده تقريبا وضع "المرض الذى يمكن الوقاية منه ". وكان مما يؤمل أنه سيمكن التغلب على الجدرى دون الحاجة إلى وجود معرفة طبية معقدة وبتكلفة تبدو زهيدة. وكان يقال أحيانا إنه يمكن بواسطة التطعيم التوصل إلى إنجاز يفوق أى إجراء آخر معروف، سواء كان إجراء من صحة البيئة أم إجراء طبيا.

سارع المجتمع الأوروبى، فى تقدير منه (لجينر) بإرسال ٧ آلاف جنيه إليه، كتعبير من هذا المجتمع عن شكره لخلاصه هونفسه من الجدرى، وقد توقع هذا المجتمع الأوروبى بثقة أن الهنود سوف يستخدمون، وهم ممتنون امتنانا مساويا لامتنان المجتمع الأوروبى، ذلك الاكتشاف الذى وجدت أوروبا بالفعل أنه قد منحها "هذه الفوائد التى لا تقدر بثمن ". كان هناك أيضا توقع ناتج عن سوء فى المعلومات وهو أن الهندوس، بما اشتهر عنهم من تبجيل للبقرة ومنتجاتها، سوف يتمسكون "بأعظم الحماس" بهذه الهدية التى تعد أحدث هبات البقر للإنسان. وكان هناك أيضا المزيد من الاعتبارات العملية موضع النظر. فالنظام لم يكن قد رسخ إلا حديثا بقوة السلاح، ولم ينته بعد النضال ضد الماراثيين. بالنسبة للنظام وهو هكذا، فإن التطعيم يقدم فرصة يرحب بها لكسب "الشعور الودى من الشعب"، وإعطاء "برهان جديد" على ما لبريطانيا من "نوايا إنسانية وخيِّرة". أعلن لورد بنتينك حاكم مدراس وهو يصدق على الإنفاق على التطعيم فى ١٨٠٥ أنه نفسه "سعيد عندما يتأمل فى الأمر، حيث إنه لا يوجد أبدا إنفاق يبذل فى أهداف أعظم من ذلك الذى يبذل لإسعاد الأفراد أو إفادة الجماهير". ولكنه يضيف على نحو أكثر براجماتية، أنه فى بلد كهذا حيث تستمد الدولة من الأرض جزءا عظيما من دخلها، فإن "كل حياة يتم إنقاذها هى عائد إضافى وفيها إضافة للسكان، ولازدهار مناطق الشركة بنسبة لا تقدر".

على أنه سرعان ما خابت التوقعات بأن التطعيم سيتم تقبله فى سهولة وتقدير له. وتبين من بداية الأمر نفور الهنود من الإذعان للتطعيم ومن أن يتولوا هم أنفسهم ممارسته. وشك بعضهم، كما فى قرى مدراس، فى أن للحكومة "نوايا شريرة"، فتجمعوا فى حشود لطرد الأفراد العاملين بالتطعيم الذين أرسلوا "لنشر فوائد التطعيم بينهم". وقد أكد رد الفعل السلبى هذا لكثير من الأوروبيين وجهة نظرهم السيئة عن الهنود. يتحدث شولبريد وهو فى البنجال ١٨٠٤ فيصف الهندوس بأنهم "بطبيعتهم يكرهون أى تجديد". ويتهم الطبقات العاملة بأنها ذات "حماقة وعدم إدراك"، لأنها فشلت فى إدراك أن التطعيم له "قيمة لا تقدر". أما دنكان ستيوارت المدير العام للتطعيم بالمقاطعة فى أوائل أربعينيات القرن التاسع عشر، فهو بالمثل يلوم الهندوس على جحودهم وجهلهم، خاصة "أولئك الذين يتمسكون بعقيدة منحطة، تقيد أفكارهم بالأغلال وتخدع ملكاتهم الفكرية وتعوق تبادلهم لأى مودة". وهو يزعم أنه "حتى أبسط الفوائد الدنيوية وأكثرها وضوحا وأقلها إثارة للشك"، ستكون غير مقبولة عند الهندوس إذا كانت تستلزم "أدنى انحراف عن العرف القديم". وقد بقيت المشاعر التى من هذا النوع زمنا طويلا فى النصف الثانى من القرن. وكمثل، نجد فى ١٨٧٨ أن المفوض الصحى للمقاطعات الشمالية الغربية، يرجع محدودية التأثير للتطعيم إلى "ما عند الناس من خمول طبيعى، ونفورهم من تقبل أى شئ جديد، ومعتقداتهم الدينية غير المقبولة أو تحيزاتهم الطائفية".

توضح لنا هذه الآراء كيف كان يحدث بسهولة وعلى نحو متكرر أن تؤدى الكراهية الفطرية العرقية والثقافية، إلى تعتيم الرؤية عند البريطانيين فى أحكامهم الطبية والإدارية. وكان يحدث عموما تجاهل لما لاقاه التطعيم فى إنجلترا أيضا من معارضة لها قدرها: وبدلا من ذلك كانت ديانة الهنود وعرفهم وممارساتهم الاجتماعية هى التى تنفرد بتوجيه اللوم لها. والحقيقة أنه على الرغم من أن المقاومة الثقافية كانت بلا ريب عامل إسهام مهم فى بطء تقدم التطعيم فى الهند، فإنها كانت فحسب عاملا واحدا من العوامل المحبطة.

وعلى الرغم من الدعاوى التى كثيرا ما تُساق عن بساطة التطعيم وفاعليته، كانت هناك صعوبات تقنية كثيرة تقف فى طريق نجاحه فى الهند. والمعلقون، الذين يقارنون بين التلقيح المباشر بالجدرى والتطعيم، عرضة لأن ينسوا كيف كان التطعيم فى أحيان كثيرة تطعيما فجا غير فعال، وخاصة فى أوائل القرن التاسع عشر. فأول كل شئ أن الهند كانت فيها مشكلة إمداد. فجدرى البقر كان نادرا فى البلد، ولعله كان غير معروف، وحتى تسعينيات القرن كان يتم استيراد الكثير من الطعوم من بريطانيا، وأول طعم وصل إلى الهند فى يونيو ١٨٠٢ من خلال التنقيل بين أطفال يتم تطعيمهم الواحد منهم من ذراع الآخر، على مدى من بغداد حتى بومباى. وأعقب ذلك أن كانت قشور الفاكسين هى أو أنابيب السائل الليمفاوى(*) المحكمة الإغلاق، ترسل بالبحر أو تجلب عن طريق البر من بريطانيا: واعتماد الهند طبيا هكذا على غيرها كان فيه صورة منسوخة طبق الأصل لارتباطاتها السياسية والاقتصادية، على أنه كثيرا ما كان يتبين أن السائل الليمفاوى عندما يحين الوقت لاستخدامه يكون قد أصبح بلا فاعلية، وكان هذا أحد الأسباب للمعدل الكبير لفشل التطعيم فى الهند. ولا يكاد حال الطعم يرسخ حتى يتم الإبقاء عليه بطريقة النقل من ذراع للآخر (كما فى بريطانيا). ولكن ها هنا أيضا كانت تظهر الصعوبات، فكثيرا ما كان تأثير الطعم "يضيع" مع النقل، وكان من الممكن أن يصبح الطعم غير فعال خلال شهور الرياح الموسمية الرطبة المبللة، وأن ينتج عنه "قرح متخشرة(**) نتنة". وبالتالى كان "موسم التطعيم" فى شمال وشرق الهند، يقتصر على الشهور الأبرد، الأكثر جفافا بين سبتمبر ومارس.

وهكذا فما دام التطعيم يعتمد على السائل الليمفاوى المستورد وعملية النقل من ذراع لذراع، فإن مدى انتشار ممارسته فى الهند ظل جد محدود. ونجد أنه فى بومباى، وهى المقاطعة التى كان التطعيم يجرى فيها بأقصى حماس، لم يتم إجراء

(*) سائل يتم الحصول عليه من الحويصلات التى تظهر على الجلد. (المترجم) .

(**) الخشر نسيج ميت ينفصل عن النسيج الحى. (المترجم).

سوى ٤٤٦ ألف تطعيم بين ٤٦ - ١٨٥٠، وأضيف لهم ٨٤٩ ألفا بين ٥١- ١٨٥٥. إلا أنه حدث تقدم مهم ابتداء من منتصف القرن. ذلك أنه تأسست مستودعات في مقاطعات الشمال الغربي في تلال كوماوُن، لتجميع قشور الطعم وسائلة الليمفاوى ليتم إمداد مناطق السهول بها: وتم في عام ٦٧- ١٨٦٨ وحده إرسال قشور لما يقرب من ٢٠ ألف حالة. وبدأ قسم التطعيم في بومباى في خمسينيات القرن في تجربة لإنتاج السائل الليمفاوى من العجول، وإن كان هذا سابقا بعشرين سنة للوقت الذى أصبح فيه هذا التكنيك مما يعتمد عليه إلى حد كاف لاستخدامه استخداما عاما. وقد ظلت طريقة التطعيم من ذراع لذراع باقية في أجزاء من البنجال حتى الحرب العالمية الأولى، على أنه بحلول ذلك الوقت كان قد تم إنتاج السائل الليمفاوى للعجول الذى يحفظ في الجلسرين، وكان ذلك بكميات كافية لإنهاء الاعتماد على الإمدادات المستوردة. وبحلول ١٩١١ كان معهد التطعيم في بلجوم ينتج ٦٠٠ ألف جرعة من طعم العجول في كل سنة.

نتج عن هذه التغيرات، أن أمكن زيادة حجم التطعيم زيادة جوهرية في أواخر القرن التاسع عشر. ارتفع عدد حالات التطعيم الكلى في الهند البريطانية من ٤.٥ مليون عملية في السنة خلال أواخر السبعينيات، إلى ٦.٥ مليون عملية في العقد التالى، وناهز العدد ٩ ملايين في السنوات الأولى من القرن العشرين. حدثت أيضا أوجه تقدم مهمة في التكنيك: فقد حلت إبرة التطعيم في سبعينيات القرن مكان المشرط، واستخدم عدد أقل من الخدوش. قلل هذا من الضيق الذى كان يصيب الطبقات العاملة كما قلل من خطر وقوع عدوى بالتلوث. وبحلول ١٩٠٠ أصبح التطعيم عملية أكفأ كثيرا ويعتمد عليها بأكثر مما كان عليه الأمر قبل ذلك بثلاثين أو أربعين سنة.

استمرار بقاء طريقة التطعيم من ذراع لذراع فيه أيضا ما يلقى الضوء على أحد الأسباب للكراهية المبكرة للتطعيم. فبخلاف ما كان يحدث في التلقيح المباشر من الجدرى، حيث تستخدم قشور قديمة تُعد مقدسة برشها بمياه نهر الجانج، فإن التطعيم

كان يجرى بنقل سوائل الجسم مباشرة من أحد الأفراد للآخر. وكان هذا بالنسبة لمعظم الهندوس يعد من وجهة الطقوس سببا بالغا للتلوث بما هو نجس، خاصة أنه كان من المعتاد أن يكون أطفال الطائفة الدنيا أو المنبوذين هم وحدهم مصادر الطعم: وكان الآباء من الطوائف العليا يتكبدون أعظم المشاق ليستوثقوا من أن أطفالهم لن يستخدموا بتلك الطريقة. واستخلاص السائل الليمفاوى من ذراع طفل يمكن أن يكون مؤلما بما يثير الذعر. وحسب ما يقوله النقيب الطبيب هـ. ج- ديسون المفوض الصحى للبنجال فى ١٨٩٣:

"كان الطفل وهو فى حضن أمه الباكية يلف به حول المدينة أو القرية، وأحيانا كان يؤخذ من قرية للأخرى، وبعد أن يتم استخلاص كل السائل الليمفاوى من الحويصلات التى على ذراعيه، كان من الممارسات الشائعة أن يعمد من يقوم بالتطعيم، إلى المزيد من الاعتصار للقاعدة الملتهبة لبثرات الطعم حتى يحصل على سائل السيرم لإجراء المزيد من التطعيمات".

حسب خبرة ديسون فإن "الألم الذى يسببه ذلك للطفل كثيرا ما يكون ألما هائلا". والتطعيم يمكن أن ينتج عنه فترات طويلة من المعاناة تسببها "قرح شديدة وعميقة"، وأحيانا كانت تحدث مضاعفات مميتة. حث ديسون على أنه ينبغى بأسرع ما يمكن أن يحل السائل الليمفاوى للعجول، محل التطعيم من ذراع لذراع حتى إن كانت التكلفة أغلى بكثير.

على أن استخدام السائل الليمفاوى للعجول كبديل كان يخلق مشاكله الخاصة به. فالكثيرون من الهندوس كانوا يؤمنون بأن أخذ السائل الليمفاوى من العجول يستلزم معاناة الحيوانات على نحو غير مقبول. وكانت معارضة هذا الإجراء قوية خاصة فى غرب الهند فى سبعينيات وثمانينيات القرن التاسع عشر: فرضت بعض البلديات توفير تمويل لهذا الغرض وتعرض المقاولون الفرديون لضغوط بلغ من شدتها أنهم امتنعوا عن التزويد بالعجول لأغراض التطعيم. على أنه بمرور الوقت ماتت المعارضة، وأخذ الكثيرون من الهنود يفضلون بوضوح استخدام طعم العجول عن استخدام الطريقة

القديمة من الذراع إلى الذراع. حدث بعض إحياء للمعارضة أثناء (حركة عدم التعاون) فى أوائل عشرينيات القرن العشرين، وعبَّر غاندى(*) عن نفوره الشخصى من التطعيم فوصفه بأنه "عملية قذرة"، وأنه "لايكاد يختلف عن أكل لحم البقر"، إلا أن آراء غاندى فى هذا الأمر لم تنل تأييدا جماهيريا كثيرا، وبحلول ثلاثينيات القرن العشرين كان التطعيم قد كسب قدرا كبيرا من التقبل فى الهند.

كانت هناك أيضا أسباب أخرى لكراهية التطعيم. ذلك أن التطعيم، بخلاف التلقيح المباشر بالجدرى، الذى كان يجرى عادة للأطفال فوق سن الخامسة، كان يوجه أساسا للأطفال تحت سن العام الواحد، وهذه السن كان الكثير من الأمهات يشعرن بأنها أصغر كثيرا من أن تناسب إجراء عملية كهذه. والطعم ينتج عنه رد فعل مخفف – ويُعد هذا إحدى مزاياه فى أعين البريطانيين – على أن هذا كثيرا ما كان يؤخذ عند الهنود كعلامة لعدم فعالية التطعيم عند مقارنته بالتلقيح. وزاد ما يحدث من تشكك بسبب المعدل العالى لفشل التطعيم، عند مقارنته بالمناعة المكتسبة مدى الحياة بواسطة التلقيح المباشر بالجدرى. وكان هذا أيضا عقبة فى طريق إعادة التطعيم: كما كانت هناك عقبة أخرى للإعادة وهى ما يستلزمه ذلك من تعريض الفتيات فى سن ما بعد البلوغ لأن يلمسهن الذكر العامل بالتطعيم.

على أن أحد الاعتراضات الكبرى على التطعيم هى أنه يتسم بالعلمانية: فليس هناك استعدادات إلهية أو طقوسية كما فى التلقيح المباشر، وليس هناك ابتهالات لسيتالا؛ ولا طقوس كهانة يؤديها الكهان لتمد بالطمأنينة أثناء وبعد العملية. إجراء مثل هذا الفعل "اللادينى" كان يُعتقد أن فيه إساءة للآلهة، وهو بلا ريب أبعد من أن يتفق مع التصور الدينى للمرض والطب سواء بين الهندوس أو المسلمين. على أنه كان هناك مكان لحل وسط. فعلى الرغم من اعتراض مديريهم، كان بعض الهنود العاملين

(*) غاندى: (١٨٦٩ – ١٩٤٨) أكبر زعماء الهند فى عصره وقادها إلى محاولة الاستقلال عن الإنجليز بالمقاومة السلبية، واغتيل على يد متعصب هندوسى بسبب تسامحه دينيا. (المترجم)

بالتطعيم (وخاصة من كانوا سابقا من أفراد "التيكادار"، يخففون من العلمانية الفجة لعملهم بأداء القليل من الصلوات والطقوس لإلهة سيتالا. وكان الآباء أيضا يأخذون زمام المبادرة بأن يؤخروا التطعيم حتى يحل يوم ميمون أو ساعة ميمونة، وبأن يستخدموا الكهان لالتماس بركة سيتالا. التطعيم والتلقيح المباشر وإن كانا يتنافسان من نواح كثيرة، إلا أنهما على الأقل يعدان شكلين من التدخل الطبى يقبلان المقارنة: فالتطعيم يمكن طرحه على أنه شكل أرقى من الوقاية الموجودة. كانت مقاومة التطعيم أكثر شدة بين المجتمعات القبلية التى ليس لها خبرة سابقة بالتلقيح المباشر، أو بين أفراد بعض المذاهب الدينية مثل الفريزيين، وهم مسلمون أصوليون فى شرق البنجال، يعدون أن التلقيح المباشر والتطعيم كليهما على قدم المساواة شكلان مرفوضان من التدخل فى "مشيئة الله".

فى تباين ملحوظ مع تصوير الاستعمار للطب الغربى كهبة خيرة من حضارة أرقى، فإن التطعيم كان يثير فى الكثير من الهنود شكا عميقا فى طبيعة الحكم البريطانى وأهدافه. فكانوا يتساءلون عن السبب فى أن البريطانيين يحرصون هكذا على وضع علاماتهم (تيكا) على الناس؟ كانت التفسيرات التى تزود بها الشائعات المنتشرة، تفسيرات فيها أن ثمة إحساسا بحقد أساسى أو ثمة فائدة شخصية من جانب البريطانيين على حساب الهنود. وكان يقال أن التطعيم محاولة متعمدة لانتهاك الطائفة والدين، وبهذا فإنها محاولة لصنع الأفراد الذين سيتحولون عن دينهم إلى المسيحية. كما أن أولئك الذين توضع عليهم علامة التطعيم سيموتون فيما بعد معذبين أو أنهم سوف يضحى بهم فى سبيل التأكد من أن يحدث بنجاح استكمال أحد الكبارى أو أحد جسور السكة الحديدية. وكان التطعيم مما يخشى أمره على أنه تمهيد لفرض ضريبة جديدة أو للعمل بالسخرة. ومن أكثر ما شاع من الاعتقادات أن البريطانيين إنما يبحثون عن طفل تجرى فى أوردته دماء بيضاء أو لبن: فهذا الطفل سيكون المخلّص (المهدى عند المسلمين) الذى سيطرد الأجانب إلا إذا أُمسك به أولا وفُتك به. وكانت مثل هذه الحكايات بالنسبة للأطباء والإداريين البريطانيين برهانا

إضافيا على جحود الهنود وجهلهم. على أننا عندما ننظر إلى هذه الأمور بطريقة أكثر تعاطفا، سنجد أنها تشهد على عمق عدم الثقة بالحكم البريطانى، وتبين كيف أن التدخل الطبى للدولة يسهل أن يتحد فى ماهيته مع الجوانب الأخرى القسرية والأجنبية فى النظام الاستعمارى.

مسألة جهاز العمل

لما كان البريطانيون واثقين من أن التطعيم سوف يكتسب القبول سريعا فى الهند، فإنهم فى أول الأمر لم يعطوا بالا للحاجة إلى إنشاء جهاز عمل (وكالة) دائم للتطعيم. وكانوا يفترضون أنه ما أن تصبح ممارسة التطعيم شائعة، فإن الهنود سوف يتولون هذه الممارسة بأنفسهم بأدنى تكلفة للدولة. على أنه لم يمر زمن طويل حتى تبخر هذا التفاؤل المبكر، وأخذ البريطانيون بانشغال متزايد ينظرون فى أمر التزام الدولة ماليا بالتطعيم. ونجد أن حكومة الهند كانت فى وقت مبكر يبدأ فى ١٨٠٨ تنصح بالحرص فى الإنفاق على التطعيم، ثم كانت هناك توجيهات بعدها فى ١٨١١ تحث على تخفيض الإنفاق، بمجرد أن تصبح ممارسة التطعيم أمرا شائعا بين السكان الهنود. فى ١٨٢٩ قررت حكومة البنجال أن نفقات إدارة ثلاثين مركزا للتطعيم لا تبررها نتائج هذه المراكز، وتم إلغاؤها كلها فيما عدا ستة مراكز.

على أن بومباى أسست برنامجا للتطعيم أكثر طموحا. ووضعت فى ١٨٢٧، خطة بتوجيه الحاكم اللورد ألفينستون لتنفيذ تطعيم السكان الريفيين. وقسمت المقاطعة إلى دوائر، لكل منها فريقها الخاص من المطعمين الجوالين. كان على هؤلاء المطعمين أن يزوروا كل قرية مرة واحدة على الأقل فى كل عام، وأن يوفروا التطعيم مجانا لأكبر عدد ممكن من الأطفال. يجب أن يكون المطعمون من الهنود، ولكنهم حسب النمط الإدارى الشائع فى الهند المستعمرة كانوا يوضعون تحت إشراف مفتشين أوروبيين، كان عليهم أن يختبروا كشوفات المطعمين وأن يتفحصوا عملهم. كان يُزعم أن لنظام

بومباى "ميزتين عظيمتين": "أنه يأتى بالتطعيم إلى أبواب الناس - الذين كانوا أشد فقرا أو كسلا أو جهلا من أن يلتمسوا التطعيم"، كما أن هذا النظام "يؤكد على أن يقوم الطبيب الأوروبى بفحص كل حالة تمت رعايتها". وبرؤية من نجاح الخطة فى بومباى، تم إدخالها فى مقاطعات عديدة أخرى (وإن لم تكن البنجال منها)، وذلك فى خمسينيات وستينيات القرن التاسع عشر.

ألا أن نظام بومباى كان له أوجه قصوره. فكان هناك تقارير متكررة عن أن المطعمين يقدمون عند عودتهم كشوفات زائفة، فهم يبالغون فى عدد الحالات التى تم تطعيمها بالفعل، أو أنهم يكونون أجهل من أن يملأوا الاستمارات بشكل صحيح. كان من المعتقد أن المطعمين من الطوائف الدنيا لا يحظون باحترام الجمهور، وبصورة عامة كان الرأى أن أمورا كثيرة تقع على عاتق جهاز عمل قليل الشأن ويكاد يكون مما لا يعتمد عليه. حسب كلمات مفوض صحة البيئة لمدراس ١٨٨٤: "ما من شئ ينحو إلى الإضرار بقضية التطعيم أكثر من جهاز عمل يتسم بعدم الكفاءة وعدم الجدارة بالثقة".

وبالتالى، فإن تكوين هيئة عمل خاصة بالتطعيم وإنشاء أقسام تطعيم لكل مقاطعة، أمور لم تكن فى حد ذاتها كافية لتأكيد نجاح التطعيم. ونجد فى البنجال حيث كان يأتى التحدى من التلقيح المباشر بدرجة أقوى من أى المقاطعات، أن الحكومة قد اتخذت سلسلة من الحيل فى محاولة لإحلال التطعيم مكان هذه الممارسة المنافسة. بعد إدخال التطعيم لأول مرة فى المقاطعة سرعان ما بذلت المحاولات لتجنيد بعض الأفراد البارزين من "التيكادار"، كمطعمين حكوميين، كما بذلت محاولات لحث أفراد الBانديت(*) البراهمة، على إصدار بيانات للجمهور بأنه لا يوجد فى كتب الساسترا الهندوسية أو فى النصوص المقدسة، أى شئ يمنع التطعيم أو يجعل التلقيح المباشر

(*) الBانديت: عند الهندوس هو العالِم المعلم. (المترجم).

واجبا دينيا. إلا أن هذه الحيلة لم تفد إلا قليلا، وكان يبدو فى كلكتا، وهى المقر الرئيسى للسلطة البريطانية فى الهند، أن عدد العاملين بالتلقيح المباشر قد زاد بالفعل أثناء أوائل القرن التاسع عشر.

فى سبعينيات القرن بذلت فى البنجال والمقاطعات الشمالية الغربية المزيد من المحاولات لضم العاملين بالتلقيح المباشر لصف الحكومة. وفى ١٨٧٣ كانت البنجال وحدها تضم عددا يصل إلى ٤٧٢ من أفراد "التيكادار" السابقين الذين يعملون بين مطعمى الولاية، ووصل عددهم بعد خمس سنوات إلى ما يقرب من الألف. كان من المأمول أنه بالسماح لهم بأخذ أجر عن خدماتهم سوف يستغنى التطعيم بمضى الوقت عن معونة الدولة المالية. إلا أن الخطة لم تلق إلا نجاحا قليلا. فالقرويون لم يكونوا ليدفعوا أجر عن التطعيم الذى لايرغبون فيه، ولم يكن المطعمون يستطيعون جمع أجورهم إلا بصعوبة. أما فى الماضى فكان العاملون بالتلقيح المباشر يكسبون مبالغ كبيرة - فكان أحدهم فى قسم باناراس يفخر بأنه يتلقى ثمانين إلى تسعين روبية شهريا- ولم يكن هناك إلا عدد قليل منهم على استعداد لتضييع ماله من ربح وكرامة، كواحد من "التيكادار" ليصبح مجرد مطعّم حكومى مكروه يتقاضى ١٠- ١٨ روبية كل شهر. والحقيقة أن عددا من الأفراد الذين عملوا سابقا فى التلقيح المباشر سرعان ما كانوا يرتدون إلى سابق مهنتهم، وكان للأطباء الأوروبيين أيضا أراؤهم التى تتحيز بشدة ضد تجنيد هؤلاء الأفراد، حيث كانوا ينظرون إليهم (خاصة للطوائف الدنيا من العاملين بالتلقيح المباشر)، على أنهم خسيسون وغير جديرين بالثقة، بل هم بمنزلة الإهانة لمهنتهم نفسها.

كانت إحدى الاستراتيجيات البديلة هى مد النظر إلى ما يتجاوز جهاز العمل الرسمى للتطعيم، وصولا إلى الزعماء الهنود بأمل أنهم قد يستخدمون نفوذهم وسلطتهم، لتشجيع التطعيم بين عائلاتهم وأتباعهم ومن يعولونهم. وكانت هذه الاستراتيجية جد مفضلة فى مقاطعات الشمال الغربى، حيث كانت السلطة البريطانية تعتمد اعتمادا شديدا على "رؤساء الشعب وسادته أصحاب الأراضى". وكان من بين

من تم بنجاح مناشدتهم مد يد العون "بحكمتهم وإنسانيتهم"، راجات (أمراء) باناراس وبالرامبور وتهرى، وذلك فى أواخر القرن التاسع عشر. على أن هذه الاستراتيجية حازت نجاحا أقل فى غرب الهند وكان هناك صعوبة كبيرة فى إمكان حث حكام ولايات الإمارات، على السماح للمطعّمين بالعمل فى مناطق حكمهم. أما فى المدن فكان ممن يدرجون أيضا فى قائمة مناصرى قضية التطعيم، موظفو الحكومة ومحررو الصحف والمحامون والتربويون، على أن بعضا من أصحاب أكبر نفوذ من سكان المدن، كالتجار وأصحاب الدكاكين ومقرضى المال فى مارواری وبانيا، كانوا من أشد من صمموا على معاداة التطعيم - وكان هذا فى جزء منه بسبب الشكوك الدينية، ولكنه أيضا كان بسبب اتصافهم عموما بمقاومتهم لمعظم تأثيرات التغريب.

حدثت محاولات لنقل جزء كبير من العبء المالى والمسئولية الإدارية للتطعيم، لتصبح على عانق اللجان البلدية والمحلية التى تكونت حديثا، ولم تنجح هذه المحاولات أيضا إلا نجاحا محدودا. فكثيرا ما كان أعضاء هذه المجالس من الهنود غير متحمسين شخصيا بالنسبة للتطعيم، وينفرون من تحويل الموارد المالية المحدودة لمجالسهم للإنفاق على قضية غير محبوبة. وحتى بعد إدخال التطعيم الإجبارى بالقانون، كانت الكثير من البلديات عند التطبيق تجر أقدامها فى تثاقل، وتفشل فى إنجاز العدد المطلوب من التطعيمات.

أدى الشعور بالإحباط بسبب التقدم البطئ للتطعيم، واستمرار معدلات الوفاة العالية من الجدرى، واستمرار بقاء التلقيح المباشر بالجدرى، أدى هذا كله إلى أن يضغط أفراد المهنة الطبية ضغطا قويا ليتم اتخاذ إجراء تشريعى. كانت أول خطوة فى هذا الاتجاه هى حظر التلقيح المباشر بالجدرى الذى أصدره لورد ويلسلى فى كلكتا، فى سنة ١٨٠٤ - على أنها كانت خطوة بلا فعالية حتى أنها سرعان ما نبذت، ولم يتم إجراء أى خطوات أخرى طيلة عدة عقود بعدها. بعد ويلسلى بخمسين عاما أتى حاكم عام آخر هو لورد دالهاوسى الذى أعلن أن من المستحيل حظر التلقيح المباشر، لأن هذا يماثل "إنزال عقاب بالرياح الموسمية". فى ١٨٧٢ عارض سير جون ستراتشى

عضو مجلس نائب الملك مشروع قانون للتطعيم أعدته حكومة بومباى، وذلك على أساس أن أى محاولة لفرض التطعيم بالإجبار سوف تستثير المقاومة، بل وتجعل التطعيم مكروها أكثر مما هو عليه فى الوقت الحالى. حاجٌ سير ساراتشى بأن "أمرا يتحيز له الناس" لا يمكن التغلب عليه إلا بالإقناع تدريجيا وبضرب المثل. ومرة أخرى تحث حكومة بومباى على فضائل "الصبر وتمرير الوقت"، عندما طرحت قانونا معدلا بعد ذلك بخمس سنوات.

على أنه مع كل مناورات حكومة الهند، إلا أن الإدارات الإقليمية أخذت تصل إلى إدراك وجود حاجة لبعض صيغة من التشريع. وكان مما وفر لذلك سوابق ذات تأثير نافذ أنه تم حديثا فى إنجلترا، سن قوانين تجرم التلقيح المباشر بالجدرى وتجعل التطعيم إجباريا. وهكذا حُظر التلقيح المباشر فى كلكتا وضواحيها عام ١٨٦٥، وامتد الحظر فى ١٨٦٦ ليشمل القرى المحيطة أيضا. وإذ جابهت حكومة كلكتا أوبئة متكررة، ومع ثقتها فى أن لديها الآن كميات طعم تفى بالغرض، فإنها أصدرت فى النهاية فى ١٨٧٧ قانون التطعيم الخاص بها. وجعل هذا القانون التطعيم إجباريا داخل مدينة بومباى بالنسبة لكل الأطفال تحت سن ستة شهور، وبالنسبة لكل الأطفال الذين يبلغ عمرهم أقل من أربعة عشر شهرا ممن يأتون إلى المدينة من خارجها، وبعقوبة من السجن لستة شهور أو غرامة من ١٠٠٠ روبية للوالد أو القيّم. كما حظر التلقيح ومنح دخول المدينة بالنسبة لأى شخص تم تلقيحه حديثا. وتم إصدار قانون مماثل فى كراتشى سنة ١٨٧٩. وأصبح تشريع بومباى أساسا للقانون الخاص بحكومة الهند الذى أصدرته ١٨٨٠.

تلا إدخال التطعيم الإجبارى انخفاض مثير فى عدد الوفيات الناجمة عن الجدرى فى بومباى وكراتشى، وأمد ذلك بالحجة للمزيد من التوسع فى الإجراءات القانونية. وحاجت حكومة بومباى بأن النظام الاختيارى كان "غير فعال"، وكان هذا بسبب "لا مبالاة الجمهور أو كسله أو جهله" أكثر من أن يكون بسبب الاعتراضات الدينية. إلا أن السلطات الاستعمارية ظلت على حذر. فبصرف النظر تماما عن الاعتبارات

المالية، ظلت الإدارة متوترة (خاصة فى المقاطعات الشمالية الغربية والبنجاب)، وذلك خشية أن تحدث ردة جماهيرية ضد التدخل الطبى الإجبارى. وكان مجرد ظهور إشاعة عن التطعيم الإجبارى كافيا لتفجير الرعب والتهديد بالاضطرابات فى دلهى فى ٧٠ - ١٨٧١ حدث رد فعل جماهيرى شديد فى الفترة ١٨٩٨ - ١٩٠٠ ضد الإجراءات الإجبارية لمقاومة الطاعون (مرة أخرى كان ذلك فى أغلبه فى شمال الهند)، وكانت شدة رد الفعل هذه مؤشرا جديدا للمخاطر السياسية التى قد تلازم نزعة التدخل الطبى على يد حكومة أجنبية. وترتب على ذلك عدم سماح حكومة الهند بالتوسع فى قانون ١٨٨٠ للتطعيم إلا بصورة تدريجية: وبحلول عام ١٩٠٦ كان قد تم إدخال القانون إلى ٤٤١ مدينة ومركز إقامة، تمثل فحسب سبعة فى المائة من المجموع الكلى لسكان الهند البريطانية. شمل القانون عددا قليلا جدا من المدن الصغيرة والمناطق الريفية قبل ثلاثينيات القرن العشرين. وحتى فى عام ١٩٥٠ بعد استقلال الهند بثلاث سنين، لم يكن التطعيم إجباريا إلا فيما يقتصر على ٧٣٢ بلدية من كل بلديات الهند التى يبلغ عددها ٨٤٢، بينما يقتصر على أن يصل بالكاد إلى نصف قرى الهند التى يبلغ عددها ٤٠٨ آلاف قرية.

كان من المشهور أيضا عن قانون التطعيم أن من الصعب فرض تنفيذه. فتسجيل المواليد لم يبدأ إلا فى سبعينيات القرن التاسع عشر. وظل التسجيل جد منقوص حتى أن أفراد هيئة التطعيم لم تكن لديهم فكرة واضحة عن عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى التطعيم. كذلك فإن المدن الكبيرة مثل بومباى كان فيها عامل آخر لتعقيد الأمور، وهو معدلات الهجرة العالية الآتية من الريف مع وصول مواليد وأطفال كثيرين غير مطعمين ولا مسجلين. وكانت حالات مقاضاة المخالفين قليلة العدد، وسبب هذا فى جزء منه هو عدم اهتمام الشرطة وهيئة القضاء والسلطات البلدية. فكانت بعض البلديات فى ثمانينيات وتسعينيات القرن التاسع عشر تعلن بصراحة أن قانون التطعيم مجرد "قانون ميت".

كنتيجة لذلك بلغ عدد الأطفال المتهربين من التطعيم ما يعلو على ٢٠ فى المائة حتى فى أحسن المناطق الحضرية فى التطعيم. وعلى الرغم من أن التحصين كان يخفض من عدد المستهدفين للمرض خفضا له مغزاه، فإنه ظل هناك مستودع ذو حجم مهم من الأطفال والبالغين الذين يمكن للجدرى أن يواصل انتشاره فيما بينهم. إذا كانت الأوبئة قد أصبحت أقل تكررا فى أوائل القرن العشرين، فإن عدد ضحاياها كان يتضمن نسبة متزايدة من البالغين. وبالتالى فإن الزعم فى القرن التاسع عشر بأن التطعيم قد جعل الجدرى "مرضا يمكن توقيه" كان زعما لم يتحقق إلا جزئيا. ومن وقت لآخر كان يُحث أثناء ذلك القرن على الحاجة إلى عزل حالات الجدرى هى ومخالطيها، ولكن هذا كان يُرفض دائما لأنه يستلزم تدخلا بالغا فى حياة الناس ويتطلب جيشا من المساعدين الطبيين لفرض تنفيذه. ومرة أخرى فإن خبرات السنوات المبكرة للطاعون فترة ١٨٨٦ – ١٩٠٠ بينت الشراك العملية والسياسية التى يحتمل أن تلاقيها مثل هذه الإجراءات.

وبالتالى فإن الجدرى لم يجعل حتى من الأمراض التى يجب الإبلاغ عنها فى الهند المستعمرة، ولم يحدث إلا زمن الحملة الدولية للقضاء على الجدرى فى ستينيات وسبعينيات القرن العشرين، أن تم فى النهاية معالجة أمر المرض بطريقة شاملة بما يكفى للتأكد من القضاء عليه نهائيا فى الهند.

الاستنتاج

كان التدخل الطبى ضد الجدرى فى القرن التاسع عشر مقيدا تقييدا جزئيا فحسب، بنقص وجود ما يناسب من المعرفة بالوبائيات ونقص تقنيات التحصين. كان الجدرى مرضا معروفا فى أوروبا مثله فى جنوب آسيا، كما كانت الطريقة الأساسية لانتقال عدواه مفهومة جيدا، أما التطعيم فإن فيه على الأقل إمكانية لوقاية فعالة. المشاكل التى لاقاها التطعيم فى الهند كانت إلى حد ما صورة مرآة للخبرة الأوروبية –

كنفور الناس من التماس التطعيم (إلا أثناء الأوبئة)، وانخفاض مستوى المناعة المكتسبة (حتى تم إدخال إعادة التطعيم والوسائل المحسنة لحفظ الطعم)، وصعوبة تكوين جهاز عمل مناسب لتطعيم الجماهير. على أن تاريخ الجدرى والتطعيم فى الهند يعبر فى نواح كثيرة عن موقف استعمارى، حيث الإدارة تكون ثقافيا وسياسيا بعيدة عن حياة رعاياها.

وقد وفر الإيمان بإلهة للجدرى البديل الدينى لتفسير سبب وقوع المرض، كما أعطى وصفة للعلاج بطقوس كانت تجرى فى مجابهة للعلمانية الطبية الغربية. كما شكل التلقيح المباشر أيضا منافسا قويا للتطعيم يدعمه جهاز عمل متخصص وخاص به. وكان التلقيح المباشر يتمتع بثقة الناس كما كان متاحا (حتى أواخر القرن التاسع عشر)، فى أجزاء كثيرة من البلاد على نحو أسهل من إتاحة تطعيم الدولة. ولما كانت المؤسسة الطبية البريطانية تحس بازدراء تام للمعتقدات المحلية والممارسات الشعبية، فقد كانت كارهة لأى حل وسط مع الإلهة سيتالا وكذلك ايضا مع التلقيح المباشر بالجدرى. ولكن بينما لم يكن من الممكن إثارة أى مسألة عن تحريم آلهة المرض، فإن البريطانيين أدركوا أن استئصال اللقاح المباشر أمر ضرورى لنجاح نظامهم الطبى الخاص. وكان هدفهم المطلوب، بمدى ما يتعلق بالتطعيم، هو الاحتكار الطبى وليس وجود التعدد الثقافى. وعندما وجدت السلطات الاستعمارية أن الإقناع وضم الأنصار وتجنيد الزعماء الهنود للقضية، لم يكن كافيا للوصول إلى الهدف، فإنها فى النهاية تحولت إلى إصدار التشريعات لحظر التلقيح المباشر بالجدرى، وللتعجيل بالموافقة الجماهيرية على التطعيم. ولما كان التطعيم يعد إجراء أجنبيا لا جذور له فى تربة الهند. فقد ظل يعد لزمن طويل أمرا متماهيا مع الحكم الأجنبى، جاذبا اليه الشكوك والمخاوف التى ذهبت إلى أبعد بكثير من مجرد الشك فى كفاءته طبيا. وبالتالى، فإن اتسام مواقف البريطانيين بالسلبية بالنسبة لسيتالا والتلقيح المباشر، كان أمرا يتلاءم مع لامبالاة الهنود بالتطعيم والنظام الإجبارى الاستعمارى، غير المكترث الذى يُعتبر التطعيم ممثلا له.

ثمة صعوبات تقنية عملت على إحباط التطعيم فى الهند بدرجة أكبر مما حدث فى بريطانيا. فكان هناك مثلا صعوبات من المناخ، وصعوبات فى الحصول على ما يكفى من السائل الليمفاوى النقى. إلا أن التطعيم كان مقيدا أيضا بطبيعة النظام الاستعمارى نفسه. فالدولة الاستعمارية تنحو لأن ترى أن الأولوية الأولى هى لصحة رعاياها وموظفيها الأوروبيين، وبالتالى فإنها كانت تنفر من القيام بالالتزامات المالية والإدارية اللازمة للهجوم بفعالية على الجدرى. وكان مجرد حجم ونفقات هذه المهمة فيه دائما ما يقيم الموانع ضد القيام بها. على أن المواقف البريطانية كان فيها أيضا تضارب محبط. فالتطعيم يرحَّب به كبرهان على تفوق الغرب على الشرق، وتفوق العلم على الخرافة. إلا أنه كنتيجة لحس ثابت بعدم الأمان سياسيا، زاد منه ما حدث من العصيان والثورة فى فترة ٥٧ – ١٨٥٨، ودمدمة السخط بسبب الأشكال الأخرى من التدخل الطبى، كنتيجة لهذا كله فإن الدولة جفلت مبتعدة عن تنفيذ برنامج للتطعيم قد يستثير المقاومة والثورة. وبالتالى فإن الخوف من نتائج الإجبار على التطعيم كان قيدا مهما على الدولة، وعلى طموحات نزعة المهنة الطبية للتدخل. وقد شجع ذلك على أن يوجد فى هذا المجال من النشاط الاستعمارى، كما فى مجالات كثيرة أخرى منه، اعتماد أكبر على الإقناع وعلى الوسطاء الهنود وعلى أسلوب التناول التدريجى لتوقعات التغير الاجتماعى.

الفصل الرابع

الطب والسياسات العرقية: صور الماووريين(*) المتغيرة فى نيوزيلندا فى القرن التاسع عشر

مالكولم نيكولسون

كان كل المعلقين البريطانيين يتفقون فعليا خلال القرن التاسع عشر كله، على أن الشعوب غير الأوروبية تتصف جبلًيا بأنها منحطة بيولوجيا وثقافيا. على أنه كان هناك اختلاف فى الآراء له قدره بالنسبة للطبيعة الدقيقة لهذا الانحطاط، وبالنسبة لدرجته وإلى أى مدى يمكن علاج أمره. وكما سوف نرى فإن هذه أمور كانت ذات أهمية لها اعتبارها سواء سياسيا أو أكاديميا. كانت المفاهيم حول قدرة الشعوب المحلية على الاستجابة للتحديات التى يفرضها الاحتكاك بالحضارة الأوروبية، تلعب دورا أساسيا فى المناقشات التى تدور حول سياسة العمل المحلية الإمبريالية. يدلل هذا المقال على أن شهادة العاملين بالطب قد شغلت موقعا محوريا، فى هذا الجانب من العصر الفيكتورى بسياسة عمله وإثارته للجدل. سيدلل المقال على ذلك عن طريق تفحص مجموعة مختارة من المواقف الطبية فى القرن التاسع عشر، وهى مواقف اتُخذت تجاه الشعب البولنيزى فى نيوزيلندا، أى الماوورى.

إن جميع من كان لهم اهتمام بتاريخ المواقف الأوروبية تجاه بلاد المحيط الهادى وأعراقها المحلية، جميعهم مدينون أكبر الدين إلى برنارد سميث. ذلك أن البروفيسور سميث قد أجرى دراسة من دراسات البحث، عن الطريق عنوانها "الرؤية الأوروبية فى

(*) الماووريين سكان نيوزيلندا الأصليون قبل أن يستوطنها البيض. (المترجم)

جنوب المحيط الهادى" وهو يوثق فيها، كيف أن تصوير الأراضى والشعوب فى جنوب الهادى كان يختلف فى نوعه خلال القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، حسب تطور الأسس الاجتماعية لصلة الارتباط الأوروبى بالمنطقة، وهكذا كانت أشكال التفاعل الأوروبى مع جنوب الهادى تتراوح ابتداء من رحلات الاستكشاف، إلى النشاط التبشيرى، فالضم إلى الإمبراطورية ثم الاستيطان على مدى واسع، وكان لكل شكل من أشكال هذا التفاعل الأوروبى مفاهيمه الخاصة المميزة، بالنسبة لما يجابهه من الطبيعة الخلوية والأعراض البشرية. ويبين سميث أيضا أن تصوير الشعوب المحلية كان يختلف حسب توجه الفنانين والمؤلفين إلى مختلف الجماهير الأوروبية المتلقية. فالبولينيزيون قد يصوَّرون كهمج نبلاء أو أخساء أو رومانسيين، وذلك حسب ما يكون عليه الفنان وحسب الوظيفة الثقافية التى يقصد أن يؤديها تصوره.

استمد سميث أدلته من لوحات الرسم والنقش المحفور والصحف وقصائد الشعر. ولم يطبق سميث تحليله الاجتماعى على المفاهيم العملية عن شعوب جنوب الهادى. والحقيقة أنه أدرك أن هناك حالة من الشد بين طرفين، فهناك من ناحية ما يوجد من تقاليد جمالية وأيديولوجية بشأن الطريقة التى ينبغى تصوير البولينيزيين بها، وهناك من الناحية الأخرى ما يوجد من متطلبات البحث العلمى الإمبريقى. وأدرك سميث أن أفكار الهمجى النبيل أو الخسيس أو الرومانسى موجودة، "على الرغم من الأبحاث الموضوعية للعلماء والمثقفين من المبشرين والرحالة". ويحاج سميث بأنه بعد سنة ١٨٢٠ أدى "ضياء العلم الموضوعى"، إلى القضاء على التصورات الذاتية الأسبق عن شعوب جنوب الهادى.

من الطبيعى أنه لايمكن إنكار أن الفنون التشكيلية توصلت إلى إنجازات ذات دقة عظيمة فى خدمة العلم فى القرن التاسع عشر. على أن المقال الحالى يدلل على أنه قد بولغ فى تقدير انتصار الموضوعية فى المفاهيم الفيكتورية عن جنوب الهادى. فالآراء الطبية والعلمية عن الماوورى فى القرن التاسع عشر لم تكن تتحدد بصورة كلية، أو فريدة حسب التدقيق الموضوعى للواقع الإمبريقى. على عكس ذلك نجد أن المعرفة

الطبية الفيكتورية عن الماوورى قد بنيت تماما على العرف والأيديولوجية، مثلها فى ذلك مثل الصور التى أنتجها فنانو القرن الثامن عشر. ومن الممكن أن نجد بسهولة فى القرن التاسع عشر ما يكافئ ذلك الهمجى النبيل أو الخسيس أو الرومانسى. وبكلمات أخرى فإن "الرؤية الأوروبية فى جنوب الهادى" إذ تساعدنا على فهم مدركات القرن التاسع عشر عن شعوب جنوب الهادى، فإنها تعد وسيلة مساعدة لها قيمة أكبر مما أعلنه مؤلف الكتاب.

سوف نجادل أيضا بأن آراء القرن التاسع عشر عن الماوورى، قد استُنبطت ووظفت لخدمة أهداف معينة اجتماعية وسياسية. كان هناك حشد لصور الماوورى لأغراض اجتماعية، الأمر الذى يكمن فيه التفسير الكامل لعدم اتفاق الراصدين فى القرن التاسع عشر، بالنسبة لطبيعة انحطاط الماوورى ومدى ذلك الانحطاط. ووجود مدى من الآراء المتراوحة بالنسبة لقدرات الماووريين وإمكاناتهم، كان فيه بالضبط صورة مرآة لاختلافات علاقات الارتباط السياسى لأوروبا بنيوزيلندا. وهكذا نجد أن المبشرين والسلطات الإمبريالية والمستوطنين، تتبنى كل مجموعة منهم رؤيتها الخاصة عن الماوورى. وكانت الخواص المميزة لكل صورة فيها ما يساعد مصالح اجتماعية معينة، للتجمعات السياسية التى استُنبطت هذه الصورة من أجلها.

سينظر المقال أيضا فى أمر بعض مؤسسات الطب الإمبريالى. وسوف يدلل على أن توفير المستشفيات للماوورى كان أيضا يتم تنفيذه وقد وضعت موضع النظر تماما أهداف معينة اجتماعية وسياسية. وكما أن جماعات المصالح المختلفة قد شكلت صورا مختلفة عن الماوورى، فبمثل ذلك كان بناء المستشفيات للأهالى المحليين يتم لأسباب اجتماعية شتى. يمكننا أن نجد أن ثمة توازيا دقيقا بين الوظيفة الاجتماعية للمعرفة الطبية والمؤسسات الطبية، وهذا التوازى الدقيق يمدنا بدعم قوى لأحد الاستنتاجات الرئيسية لهذا المقال – وهو أن من الأفضل أن ننظر إلى المعرفة الطبية عن الشعوب المحلية للإمبراطورية بطريقة مفيدة ومادية، باعتبار أنها جزء من تكنولوجيا

الإمبراطورية، أداة من الأدوات الكثيرة المتنوعة التى التمست بها الشخصيات الأوروبية الفاعلة تاريخيا، الارتقاء بمصالحها الاجتماعية والمادية فى المستعمرات.

الهمج النبلاء عند جون سافيج

لم يكن ما وجد من انطباع عن الماوريين فى أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر بالانطباع الجيد تماما، الذى يماثل الانطباع عن بعض أولاد عمومتهم من البولينيزيين. فبينما اتفقت الآراء على أن التاهيتيين هم المثال الأمثل للهمجى النبيل، كان الاحتمال الغالب أن يصور الماووريون على أنهم المعادل الخسيس لذلك الهمجى النبيل. وقد تأسست هذه النظرة على ما اشتهروا به من أنهم متوحشون يأكلون لحوم البشر. ففى ١٧٧٢ قتل الماووريون الملاح الفرنسى ماريون دى فريزن هو وبعض بحارته ثم أكلوهم، كما حدثت فى سنة ١٧٧٣ مذبحة "راو". كل هذا قد وفر الدليل الكافى الذى يدعم هذا الرأى. على أن هذه الإدانة لم تكن توجد على نحو شامل. فحتى أولئك الذين انتابهم الفزع من أكل الماووريين للحم البشر، كثيرا ما كانوا يجدون فيهم صفات أخرى تثير الإعجاب. وقد أبدى بعض المعلقين امتداحهم للماووريين لما لهم من تكوين جسدى رائع ومزايا قتالية، ولتقدمهم نسبيا فى تنظيمهم الاجتماعى. ويجسد الوصف الطبى للماووريين فى البدايات المبكرة للقرن التاسع عشر هذا المفهوم الأكثر تفاؤلا.

زار جون سافيج نيوزيلندا فى عام ١٨٠٦ وهوعلى ظهر سفينة لصيد الحيتان اسمها "فيريت". ولما كان قد أوقف عن عمله كجراح مساعد لمقاطعة نيوساوث ويلز فى أعقاب دعاوى عن سوء سلوكه مهنيا، فإنه اتخذ طريقه عائدا إلى لندن ليستأنف الحكم لدى إيرل فيتز ويليام الرئيس الأعلى للمجلس. ويبدو أنه قد أمضى أسابيع عديدة فى (خليج الجزر) ووصفه للماووريين هو وصف واقعى حقا.

"الأهالى المحليون فى نيوزيلندا... من نوع ممتاز جدا، من ناحية مظهرهم الشخصى، وكذلك أيضا من ناحية مواهبهم من الذكاء... ونجد أن الرجال... لهم

أجسام متناسقة تماما ويظهرون علامات واضحة على قوتهم العظيمة. وعموما فإن ملامحهم صريحة... ويكتشف المرء بوضوح وجود علامات على ما لديهم من شجاعة غير هيابة ومن عزم لا يهتز بسهولة".

كما أن لديه أيضا ما يمتدح به النساء:

> **"إن ملامحهن عموما متسقة وبهجة للأنظار، مع شعرهن الأسود الطويل وأعينهن الداكنة النافذة... وأستطيع أن أتصور بأعين العاشق النيوزيلندى كيف أن أجسادهن ذات التكوين الجميل وملامحهن ذات التنسيق المشوق، وأصواتهن بخبراتها الحلوة كيف أن هذا كله لابد أن يجعل منهن رفقة جد مرغوبة لهذا العاشق، تسرى عنه همومه وتنثر الزهور فوق طريقه فى الحياة".**

وجون سافيج لم يعلن قط بوضوح أن طريقة حياة الماوورى تفضل طريقة الحياة فى البلاد المتحضرة. فهو يتوقف عند ذلك الحد دون أن يعبر تعبيرا كاملا عن فكرة الهمجى النبيل. وعلى الرغم من ذلك، فإنه فى وصفه لنيوزيلندا يقترب حقا أوثق الاقتراب من مضاهاة توصيفات القرن الثامن عشر لتاهيتى، على أنها جنة الله فى الأرض المأهولة بأطفال الطبيعة ذوى الجمال والفضيلة. لا تقتصر مزايا الماوورى على وسامة ملامحهم أو حسن تكوينهم الجسدى، فسافيج يمتدح تمتع أهل نيوزيلندا بحسن صحتهم بأسلوب يذكر بالأوصاف الكلاسيكية لتاهيتى التى ذكرها بوجانفيل وهو كسورث: "مما لايمكن الشك فيه أن المناخ صحى، ذلك أن مظهر الأهالى وأوصافهم لايدل أى منهما على انتشار المرض. ولما كانوا على هذا الحال الهنئ فإن ممارسة الطب ظلت حتى الآن مجهولة لديهم. وهو يقول عن طريقة الماوورى البسيطة فى الحياة: "والأهالى ينفرون نفورا عظيما من المشروبات الكحولية ولم أجد لديهم فيما بينهم أى وسيلة للسكر، وهم بالتالى أقوياء ومرحون ونشطون، ومن المحتمل مما يرى من أمثلة كثيرة أنهم يعيشون عمرا طويلا".

ثم يرتدى سافيج مسوح المرجعية الطبية ليصدّق على العرى الطبيعى البرئ لأطفال الماوورى: "إنهم أقوياء ومفعمون بالحيوية ولهم عموما ملامح ممتعة، وحركاتهم متحررة بالكامل من أى ملابس أو قيود، ولاشك فى أن هذا - حتما - يضع الأساس لما سيكونون عليه فى المستقبل من قوة وتكوين بدنى صحى".

والماوورى وإن كانوا هكذا لا ينالون أى تعليم خاص، إلا أنهم قد نموا فى أنفسهم الأحاسيس الأخلاقية والدينية تنمية حسنة. وحسب ما يذكره سافيج فإنهم يعبدون الشمس والقمر كإلهين ويؤمنون بمنظومة من الثواب والعقاب فى حال من المستقبل. فهم كهمج لهم ما يخصهم من وعى طبيعى. وهم يظهرون مودة حارة لأصدقائهم وأقاربهم ويعتنون عناية مفرطة برفاه أطفالهم. ويروى سافيج كيف أن قاربا من نوع الكانو(*) كان يحمل النساء والأطفال إلى السفينة وانقلب فى البحر الثائر. واحتالت كل امرأة لتتشبث بجسم القارب الكانو بإحدى يديها وتتشبث بطفلها باليد الأخرى. أرسل لهم أحد قوارب السفينة "فيريت" وتم إنقاذهم جميعا. تأثر سافيج بما ظهر بين أفراد الماوورى، الذين كانوا فوق ظهر السفينة من قلق على من كانوا فى المياه:

> **"كانت الطريقة التى أبدوا بها تهنئتهم على نجاتهم وما أبدوه من أوجه الرعاية الكريمة التى تلطف من حالهم، كلها مما يليق بالأسلوب الأخلاقى لأرقى الأوروبيين تهذبا... وهذه هى المناسبة الوحيدة التى تقبل فيها الأهالى مشروبا روحيا قويا، فقد أقنعتهم بعد إلحاح بأن يشربوا القليل من النبيذ، وحثتهم ثقتهم بى على تقبله كدواء يمنع آثار البرد؛ على أنهم أبدوا أعظم عناية بصحة أطفالهم بأن اهتموا برعايتهم قبل أن يهتموا بأنفسهم".**

ويعلق سافيج فى مكان آخر بأن الأطفال "يعاملون بقدر هائل من المحبة الأبوية".

(*) قارب كانو: نوع من قوارب التجديف خفيف وطويل وضيق، ينتشر استخدامه كثيراً فى هذه المنطقة. (المترجم).

يصور سافيج أيضا المجتمع الماوورى فى صورة ممتدحة. حسب وصفه، فإنه مجتمع بعيد جدا عن الفوضى التى تحدث عندما يهتم كل فرد بنفسه فقط، والتى يضفيها بعض المؤلفين على الشعوب البدائية. وبدلا من ذلك فإن لديهم نظاما حضاريا أحسنت تنميته ويحدث فيه على نحو فعال إذعان الفرد للجماعة الاجتماعية:

"العواطف فى نيوزيلندا كما فى كل البلاد غير المتحضرة هى وسائل الإرشاد الرئيسية لأفعال السكان؛ ولكنى أتصور أن أفعال السكان فى هذه الجزيرة مقيدة إلى حد بالغ، إما بإشراف وسلطة زعمائهم أو بوجود نزعة طبيعية إلى التودد... ومن الممكن رصد قدر كبير من الإذعان والمودة فيما بينهم فى كل الأحيان".

وفوق ذلك فإن الماوورى يصورون على أنهم عرق مسالم على الرغم من المظاهر ومن سمعتهم. ولا يذكر سافيج شيئا عن حالة الحرب الضروس المتوطنة بين القبائل والتى أثارت أبلغ الروع عند المعلقين الآخرين الأوائل. وهو يصف اتجار الماووريين بالفؤوس والقدوم والبلط ولكنه لا يذكر شيئا عن الاتجار بالسلاح أو أى تدريب أو ممارسة للمهارات القتالية. بل إنه يشير إلى نيوزيلندا على أنها "جزيرة مسالمة". ومجمل القول أن وصف سافيج للماووريين يكادى يقترب من مثال الهمجى النبيل، بقدر ما كانت تسمح به آراء القرن التاسع عشر عن الشعوب البدائية. فنيوزلندا جنة عدن الأسطورية التى لم ينلها الفساد حيث الطبيعة سخية والإنسان برئ وسعيد:

"هناك بعيدا تقع جزيرة فى البحار الجنوبية، حيث الأرض البراح ونعمة السماء الصحو، وحيث يسكن فى ظل أيك لا تذبل أبدا، الأهالى الودودون، يجولون بلا خوف، فيما حولهم من غابات سامقة وسهول، ومياه ممتدة ومصادر شتى لثروة وافرة".

وكما لاحظنا من قبل، فإن سافيج لم يزعم أبدا أن أسلوب حياة الماووريين يجب أن يفضَّل على أسلوب حياة الرجل المتحضر. ومن الناحية الأخرى فهو غير مقتنع بأن

الحضارة الأوروبية فيها ما يعد بفوائد كثيرة للماووري. وعلى العكس فإن زيادة الاحتكاك بالأوروبيين سوف تجلب مخاطر كثيرة. وسافيج في اتباع للمعقبين الأوائل الذين تنبأوا بفساد أمر تاهيتي، يخشى من أن نيوزيلندا جنة الأرض يتهددها خطر مميت. فهناك مثلا حاجة بالفعل إلى وجود الطب بعد أن لم يكن هناك فيما سبق أي حاجة إليه:

"أخشى كثيرا أن زيارات بعض السفن الأوروبية قد جعلت من العون الطبي المهني أمرا ضروريا، لتوقي سقوط عدد كبير منهم كضحايا لأمراض جد أليمة". لقد أصبح السقوط وشيكا. وسوف تقوم الأمراض التناسلية بدور الأفعى في الجنة:

> **"دعنا ننظر للحظة الآثار العملية عندما تقع هذه الأمراض في نيوزيلندا، لدينا عرق من الناس هم حتى الآن يستمتعون بتكوين جسدي سليم وصحي إلى حد رائع. سيحدث على الأرجح تغير هائل خلال أجيال معدودة - فأطفال الآباء المصابين بالمرض سينمون على هيئة عرق ضعيف، وسنجدهم في أمثلة كثيرة تعساء ومنفرين معا، لن يشبهوا في أي شئ سكان الجزيرة بما كانوا عليه من شجاعة وقوة احتمال، قبل اتصالاتهم التعسة بالإنسان المتحضر".**

يكتب سافيج بالأسلوب النمطي للسجل اليومي لرحلات القرن الثامن عشر. ويزودنا بوصف ممتع حيوي ومحبب لأشياء جد بعيدة وغريبة وعجيبة. على أن من الواضح أنه يقصد أن يستخدم وضعه ومرجعيته كرجل طب، بحيث يؤكد كما ينبغي على مصداقية شهادته. في وقت لم يكن قد نشأ فيه بعد علم الأنثروبولوجيا الرسمي، من ذا الذي يستطيع إذن أن يصف ما بين صنوف البشر من فوارق بأفضل من طبيب متمرس؟ ولما كان سافيج بارعا في رصد خصائص الإنسان الأوروبي، فقد تمكن بسهولة من تمييز اختلاف الأجناس الأخرى عن هذا المعيار. وبالتالي فإنه ينبغي النظر إلى كتاب سافيج على أنه يسهم في إنشاء نوع من الأنثروبولوجيا الطبية، وكتابه مع

كتب مؤلفين آخرين مثل بريتشارد ولوزنين وويلز، قد نالت كلها رواجا له قدره فى العقود القليلة الأولى من القرن التاسع عشر. وكما سوف نرى فإن أرثر تومسون أصبح أيضا مثالا متميزا بالنسبة لنيوزيلندا.

بخلاف الأطباء الآخرين الذين سنناقشهم فى هذا المقال، يبدو أن سافيج لم يكن لديه أى غرض سياسى بعينه يهتم به شخصيا عندما وصف الماوريين. ولعله كان يكتب لينال لنفسه حظوة عند إيرل فيتز ويليام الذى أهدى له الكتاب والذى كان يمسك بين يديه بمستقبل سافيج المهنى فى الخدمة العامة. ويبدو على نحو أكيد أن العمل على تسلية فيتز ويليام كان أحد الدوافع الرئيسية لأن يأخذ سافيج معه شابا من الماورى عند عودته لانجلترا. وإذا كان هذا مقصده حقا فيبدو أنه قد نجح فيه حيث أُسقطت كل التهم الموجهة اليه ومنح وظيفة فى شركة الهند الشرقية. من حيث هدفنا من هذا المقال، فإن تصوير سافيج للماوريين على أنهم همج نبلاء (أو ما لايكاد يختلف عن ذلك)، يزودنا بمثل يوضح كيف أن مفاهيم القرن الثامن عشر التقليدية عن الماورى ظلت باقية فى القرن التاسع عشر. وسوف نرى فيما بعد أمثلة أخرى لذلك فى هذا المقال. تقييم سافيج للأهالى المحليين فى نيوزيلندا والذى يقدر فيه الأمور حق قدرها تماما، هو أيضا تقييم مفيد كعلامة قياس تقيَّم بها الآراء الطبية عن الماورى التى ستوجد لاحقا فى ذلك القرن. وسنجد أنها كلها أقل إيجابية من تقييم سافيج، ويختلف كل تقييم منها عن الآخر حسب طريقته الخاصة المميزة.

الطب التبشيرى: همج رومانسيون

فى ١٨٣٤ أرسلت البارجة (أليجاتور) من نيوساوث ويلز إلى نيوزيلندا، فى حملة تأديبية ضد قبيلة تاراناكى الماورية التى قتلت بعضا من بحارة سفينة لصيد الحيتان وأخذت البعض الآخر منهم كأسرى. وجُرح زعيم محلى فى كمين بين رجال القبيلة وقوة هجوم أرسلت من السفينة (أليجاتور). وعالج جراح السفينة ويليام مارشال، ذلك

الزعيم من جراحه. وكتب مارشال تقريرا أبدى فيه إعجابه العظيم بشجاعة الزعيم واعتزازه بكرامته وسرعة تماثله للشفاء. ومن بين ما كتبه مارشال أن جراحا مثل تلك التى أصابت الزعيم كانت "ستقتل مباشرة أى رجل له بنية جسد أوروبية"، ولكنها فيما يبدو كانت لا تسبب للزعيم إلا "قليلا من الضيق فيما عدا ضعفه الناجم عن النزيف الشديد". وحسب مارشال فإن هذه القدرة على المقاومة أمر نمطى عند الماووريين. وهو يرجع قدراتهم الاستثنائية على استرداد عافيتهم إلى حقيقة أن أجسادهم لم تضعفها وسائل الرفاهية الأوروبية من خمور وإسراف فى الطعام:

"فيما يتعلق بهؤلاء الذين يتكون طعامهم أساسا من الفاكهة والخضروات، وشرابهم هو ما تمد به الخليقة فى أنقى الأشكال وأبسطها، أى مياه النهر أو الغدير، ولا يشربون إلا نادرا وبكميات صغيرة، يمكننا جدا فيما يتعلق بهم أن نتوقع أن تكون بنية أجسادهم، بحيث تستطيع أن تقاوم أى نوع تقريبا من العنف".

بالإضافة إلى ذلك، فإن الماووريين فى غنى عن أداء "الحرف الضارة والمهن الخاملة". فهم لا يعانون من شرور الحضارة ولا ما فيها من عوامل تثير القلق. فالماووريون أقرب إلى الطبيعة وبالتالى فإن المرء يجد أن "القوة الطبيعية للشفاء"، ترقى فى أجسادهم إلى أعلى درجة ممكنة من الكمال.

ووصف مارشال هكذا مشابه جدا فى بعض النواحى لوصف جون سافيج. على أن من المهم أن نلاحظ أنه على الرغم من أوجه الشبه هذه، فإن نظرة مارشال للماوورى تختلف فى عدة جوانب مهمة عن مثال الهمجى النبيل. فالرأى بأن سكان جزر جنوب الهادى وهم فى حالتهم الطبيعية يعدون من أفضل البشر حظا، لم يكن رأيا يروق كثيرا لأولئك الذين يرون أن من واجب الأوروبيين العمل على تحسين أحوال جموع الشعوب البدائية بإدخالهم إلى المسيحية. والمبشرون وإن كانوا يشددون تشديدا قويا على فجور الشعوب الوثنية، إلا أنهم لم يكونوا ليسعدوا تماما بالفكرة المضادة عن الهمجى الخسيس. فالخسة المطلقة أمر لا يمكن التسليم به دون إضعاف لقضية المبشرين، حيث إنها قد تحمل استدلالاً تعسا على أن الشعوب البدائية تعجز عن

الاستجابة للتأثيرات الحضارية أو لرسالة المسيحية التى ترقى بالإنسان. فأنصار نشاط الكنيسة فى البحار الجنوبية يفضلون كثيرا النسخة المعدلة من الهمجية النبيلة، التى أطلق عليها برنارد سميث فكرة "الهمجى الرومانسى". ولا ريب فى أن البولينيزيين كانوا وثنيين جهلاء تعساء، ولكنهم وثنيون لديهم صفات إيجابية حقيقية واقعية فيها إمكاناتها - صفات يمكن تخليصها واستكمالها بالمسيحية والحضارة. وقد عبرت مارى متفورد عن هذا المثال بصورة جد حيوية فى قصيدتها "كريستينا"، التى ألفتها عن جزيرة بيتكيرن ونشرت فى ١٨١١ وهى ترى أن ثمة نظاما اجتماعيا جديدا ينشأ فى البحار الجنوبية، وقد تأسس على توليفة حكيمة بين مزايا الحضارة المسيحية ومع الفضائل القوية للحياة الهمجية الطبيعية.

مارشال نصير عنيف لعمل المبشرين على تحضر الماوورى وتحويلهم إلى المسيحية. وهو يزودنا بإحدى النسخ عن فكرة أن الماووريين همج رومانسيون، وهى فى الواقع نسخة يبرهن عليها الطب فيعطيها مرجعيتها. وكما أنه يظهر تقديره لقوة بنيتهم الجسدية فإنه أيضا يبدى إعجابه بأجسام محاربى الماوورى الطويلة ذات التكوين الرياضى. وهو يعلق مادحا بطولتهم الفردية وشجاعتهم تحت نيران القتال، ويلاحظ كيف أنهم عندما يخلون قرية محاصرة، فإنهم فى محاكاة لا واعية لأحسن تقاليد الأسطول البريطانى، يخلون النساء والأطفال أولا. وهو يرى أن ملبسهم أنيق وأن بيوتهم قد بنيت ببراعة وجمال. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم ليسوا محرومين من الحس الأخلاقى، ذلك أن لديهم إيمانا طفوليا بوجوب مراعاة قواعد المباراة النزيهة كما تم الاتفاق عليها، وإيمانا طفوليا بالكرامة الشخصية. بل حتى خرافاتهم ليست فاسدة بالكامل، بما يدل على أن الماوورى لديهم الإمكان للتوصل إلى روحانية أرقى، فهم فحسب ينقصهم التنوير:

> "وسط الضباب الكثيف من خرافات الأهالى المحليين يبدو بصيص من الضوء مرئيا هنا وهناك، وإن كان معتما شاحبا ومؤقتا: ذلك أنه يبدو أن الناس يميزون من بين حقائق أخرى

وجود اختلاف بين الروح والجسد، وهم يفعلون ذلك قبل أن يتلقوا أى تعليم من وعاظ الكتاب المقدس. كما يبدو أن الوجود المستقل للروح بعد الموت أمر يقر به الناس عموما".

لا ريب فى أن مارشال يعتبر أن الماورى فجار ومدمنون للرذائل. وهذا هو أهم فارق بين رأيه ورأى سافيج. فهم "برابرة تعساء" فى "حالة همجية بائسة". وهم جهلة وجشعون ويصل بهم ذلك أحيانا إلى أن يكونوا قساة بلا قلب. ويشيع بينهم سوء معاملة النساء والعبيد. حالة الحرب بمنزلة داء متوطن بين القبائل. ويمارس المبشرون عملهم "وسط مشاهد دموية"، وقد "أحاط بهم كل ما هو مفعم بالوحشية". ولكن مارشال يواصل تأكيد أنه مع وجود الإرشاد الملائم أخلاقيا وروحيا، يصبح الماورى قادرا على أداء الأمور أداء أفضل كثيرا. وهو يرفض غاضبا فكرة أنهم "غير قابلين للإصلاح".

من اللوازم الفكرية التى تتردد كثيرا فى كتاب مارشال المحاجة بأن الفاسدين من الماورى، هم فى الواقع أفضل من تلك الأنواع السيئة من الأوروبيين الذين "أدى بهم انفصال الحضارة عن المسيحية، إلى أن يجعلهم أكثر همجية بمائة ألف مثل عن أحط الأبورجينيين(*) فى أرض الوثنية. وهو ينتقد بمرارة المعركة الحربية الوحشية وغير المنضبطة التى قامت بها السفينة (أليجاتور) ضد "الهابو" فى كيب إجمونت. وفى هذه الحالة "كم كان سلوك همجيى نيوزيلندا سلوكا أرقى" من سلوك البريطانيين، الذين يقال عنهم إنهم مسيحيون.

كما أن مارشال مقتنع بأن الاحتكاك الأوروبى كان أبعد من أن يكون نعمة خالصة للماوريين. وهو يجادل بأن مهنة البغاء مع السفن الأوربية قد سببت الكثير من

(*) الأبورجينيون: سكان أستراليا الأصليون قبل أن يستوطنها الإنجليز، كما يطلق ذلك أيضا على الماورى سكان نيوزيلندا الأصليين. (المترجم).

حالات العقم وسوء الحالة الصحية بين نساء الماوورى. وعموما فإن تجارة سكان نيوزيلندا مع العلمانيين أثرت تأثيرا مهلكا فيهم: فإلى جانب أن هذه التجارة قللت من توافر السكان فى الغابات ونشرت بين الأهالى داءها القذر الرهيب، نجد أن التجار كانوا يعودون من موانئ نيوزيلندا وقد زادوا أنفسهم ثراء، بينما يخلفون البلد دون أى تحسن ينتج عن زياراتهم، وإنما يصاب أصحابها من الأبوريجينيين بأضرار. يقر مارشال بوضوح بأن هدفه من نشر سجل ملاحظاته عن نيوزيلندا، هو أن يوفر دعما ماليا وسياسيا للنشاط التبشيرى. فأرباح كتابه ستذهب إلى جمعية الكنيسة للتبشير "لتتوسع مباشرة فى أعمالها فى نيوزيلندا ". وتمهيد الكتاب موجه إلى اللورد جلينلج وزير المستعمرات. وهو يتوسل إلى مقام اللورد ليستخدم نفوذه السياسى "فى مصلحة أهالى نيوزيلندا، والأبورجينيين عموما فى البلاد البربرية... الذين لم يخبروا حتى الآن أى عدل ولا رحمة على أيدينا كأمة".

كان توقيت نشر كتاب مارشال له مغزاه البالغ الأهمية. ففى ١٨٣٦ كانت جمعية الكنيسة للتبشير متورطة تورطا عميقا فى خلاف واسع النطاق، مع الرابطة النيوزيلندية التى نشرت حديثا خططها لإنشاء مستوطنات بريطانية كبيرة فى نيوزيلندا. هاجم الطرفان معا بعنف وزارة المستعمرات بإطلاق قذائف لا تنقطع من المنشورات والوفود. وكانت الرابطة النيوزيلندية تجادل بأنه إلى جانب تعزيز ما يعم من الخير الشامل بالتوسع الإمبريالى. فإن المستوطنات الأوروبية العلمانية ستكون مفيدة للماووى لأنها ستبين لهم مزايا الحضارة. أما جمعية الكنيسة للتبشير فكانت تجادل بأن زيادة علاقات الاتصال مع الأوروبيين ستكون ضارة بالماوورى. كما كانت ضارة بالهنود الحمر الأمريكيين وبالأبوريجينيين الأستراليين. وسيؤدى تدفق المستوطنين تدفقا كبيرا إلى الإقلال من التأثير المفيد للنشاط التبشيرى، وسيضعف من التأثير الحضارى الذى يمارسه المبشرون حاليا. وينبغى ألا يسمح بالهجرة إلى نيوزيلندا على نطاق كبير. كتاب مارشال هو بوضوح جزء من ذلك الجهد المتصل لجمعية الكنيسة للتبشير فى سبيل إقناع البرلمان والوزير لإحباط خطط رابطة نيوزيلندا. والحقيقة أن

مارشال كان عليه أن يعتذر عن تدخله "لمتابعة خط قافلة هائلة كهذه فى حضرة وزير الملك ومجلسه، رافعا التماسا متواضعا يضاف لالتماساتهم الأخرى".

يوفر مارشال الأدلة الطبية لدعم القضية التبشيرية بطريقتين. فهى أولا، تبرهن على أن الماوريين ليسوا منحطين بالضرورة أو بما لايقبل الخلاص منه، وبالتالى فإن محاولة هدايتهم للمسيحية ليست محاولة بلا جدوى. وثانيا، فإنها توضح أن الاتصال بالأوروبيين العلمانيين أدى بالفعل إلى أن يضر فى الواقع بالماوريين. وهذه نقطة سياسية مهمة لأن بعثات الكنيسة للتبشير كثيرا ما كانت تُنتقد فى نيوزلندا وكذلك أيضا فى بلاد أخرى، لأنها تعوق بلا ضرورة وبأنانية تنمية التجارة والأستيطان الأوروبى العلمانى. ويجادل مارشال بأن المبشرين عندما يعارضون الاستيطان إنما يدفعهم إلى ذلك أنهم يختارون ما هو أفضل للماورى. ينبغى أن يزداد نفوذ البعثات التبشيرية وسلطتها بحيث تتم حماية الماورى حماية أفضل، إزاء أولئك الأوروبيين الذين من النوعية الخطأ، وكذلك حمايتهم من أن يُستغلوا استغلالا بلا ضمير.

يحدد مارشال أداتين رئيسيتين من أدوات النزعة التوسعية البريطانية، على أنها تضران برفاه الشعوب المحلية، وبالتالى فهما لا تستحقان دعما من الوزير مثلما يستحقه النشاط التبشيرى. أولى الأداتين هى: جبروت العسكرية الإمبريالية الذى يدينه ما حدث بمعركة كيب إجمونت من التدخل تدخلا بلا جدوى: "وسنجد أن هذين الجزأين من روايتى (أنا) للقصة يوضحان فى مفارقة ملحوظة، التأثيرات جد المتعارضة التى أحدثتها من جانب البعثة التبشيرية المسيحية فى عقول وأخلاقيات الأهالى، وتلك التى أحدثتها من الجانب الآخر الحملة العسكرية فى رفاه الأهالى وفى ممتلكاتهم".

يبدى مارشال ذكاء سياسيا وهو يجادل بأن المبشرين ينشرون السلام بما هو أفضل من الجنود، ذلك أن وزارة المستعمرات كانت مشغولة أشد الانشغال بالتكلفة الباهظة، التى ستتكلفها عند توفير حماية عسكرية للمستعمرة البريطانية الجديدة فى نيوزيلندا البعيدة أقصى البعد.

وكان الهدف الآخر لمارشال هو من أمور الاقتصاد السياسى. فالمنطق الأساسى الذى كانت الرابطة النيوزيلندية تستخدمه فى دعم خططها بشأن المستوطنات، منطق يستند أكثره إلى ما كان رائجا وقتها من نظريات آدم سميث وريكاردو، التى عدّلها إدوارد ويكفيلد إلى نظرية منهجية للاستعمار. وكانت هذه الأفكار بالنسبة لمارشال مجرد أسلحة غير إلهية فى المعركة التى بين الكنيسة وشيطان المال من أجل أرواح الماوورى:

"وكما أن وجود السم، الذى يحسب مقداره، فى وصفة الطبيب الحكيم يسهم فى شفاء المريض، فإنه يماثل ذلك وجود تلك الآفات التى تصعق تخمينات الاقتصاديين السياسيين، بشأن أفضل الطرق للارتقاء بالقبائل الوثنية من انحطاطها الأخلاقى والاجتماعى، إلى مراتب الكائنات المتحضرة حتى تتخذ لنفسها وضعا بين أمم الأرض، فهذه الآفات والتخمينات قد تفيد فى أن تبين لنا فى تباين أوضح كيف أن أقل ما عند الله من حكمة يفوق كل حكمة الإنسان".

ينبغى أن نُبقى فى ذهننا أنه من حيث تاريخ نيوزيلندا، فإن عام ١٨٣٤- عندما أبدى مارشال ملاحظاته هذه - يعد زمنا مبكرا جدا. فنيوزيلندا كانت آخر الممتلكات التى تم ضمها واستيطانها. وقبل وصول المبشرين فى ١٨١٥، كان المستوطنون الأوربيون كلهم يتألفون فحسب من تجار معدودين يزودون الماوورى بالبضائع الأوروبية، ويستخدمون السفن لينقلوا إلى نيو ساوث ويلز الأخشاب والكتان وبعض منتجات الماوورى الزراعية. وكانوا أيضا يزودون بحارة سفن صيد الحيتان الزائرة بالطعام ومشروب الروم والنساء الماووريات. ولعل السكان الأوروبيين كانوا لا يتجاوزون الألفين حتى أعلنت بريطانيا رسميا سيادتها فى ١٨٤٠.

بحلول ثلاثينيات وأربعينيات القرن التاسع عشر أصبح من المتفق عليه اتفاقا واسعا فى بريطانيا وكذلك فى الخارج، أن الاحتكاك بالأمم المتحضرة يؤدى عموما إلى

تأثيرات خطيرة ضارة بالأعراق المحلية. كان يقر أيضا بأن عدد السكان من الشعوب المحلية يتناقص، بل يصل حتى إلى حد الانقراض، وذلك عند إخضاعهم للسيطرة الأوروبية. أما أسباب ذلك فكانت مثار خلاف له قدره. على أنه كان هناك ملاحظون كثيرون على استعداد لأن يرجعوا سبب هذا الانخفاض العددى فى جزء منه على الأقل، إلى أنه يعود مباشرة إلى الإدارة الأوروبية العدوانية النشطة. حدثت قلاقل جماهيرية بسبب ما لاقاه السكان الأبوريجينيون فى أستراليا من معاملة وحشية، وأدى ذلك إلى تقرير كتبته لجنة مختارة من مجلس العموم فى ١٨٣٧. وجه التقرير نقدا عنيفا إلى وزارة المستعمرات، لأنها كما يذكر التقرير قد سمحت "بإطلاق النيران على سكان تسمانيا وكأنهم كلاب". وبالإضافة إلى ذلك فإنه مع إنشاء (جمعية حماية الأبوريجينيين) فى ١٨٣٧ أصبح يوجد بذلك وقتها فى لندن جماعة ضغط منظمة محبة للإنسانية ولها صوت مسموع، وكان أحد اهتماماتها الرئيسية هو رفاه الشعوب المحلية فى الإمبراطورية. كان من المفيد سياسيا للحكومة البريطانية أن تظهر على الأقل وكأنها تبذل فى هذا الصدد محاولات أقوى فى أحدث مستعمراتها، أى فى نيوزيلندا. وبالتالى، فإنه على الرغم من أن شركة نيوزيلندا (كما سميت الرابطة لاحقا) قد سمح لها فى النهاية بمواصلة خططها للاستيطان، فإن محاولات المبشرين لتنصير الماوورى وحمايتهم تلقت، كما كان مارشال يأمل، عونا مبكرا من السلطات الإمبريالية. حاولت وزارة المستعمرات أيضا أن تستخدم مصادرها السياسية الخاصة لمنع التجار والمستوطنين الأوروبيين، من الانغماس فى أسوأ التجاوزات، مثل وضع اليد والاستغلال والقسوة الوحشية. وكان الحكام الأوائل يكلفون بحماية مصالح الماوورى على أن ذلك من مهامهم الرئيسية ذات الأولوية.

منذ البدايات الأولى لنشاط إرساليات التبشير فى نيوزيلندا، أخذ المبشرون يوفرون للماووريين بعض قدر من الرعاية الطبية محليا أو فى المناطق النائية، وذلك كحافز لهم ليأتوا إلى الإرساليات. على أن أول إرسالية طبية، سميت كذلك، لم تصل إلا فى ١٨٣٧ عندما أقام دكتور صمويل فورد إرسالية طبية قرب ما يسمى الآن

أوكلاند. وفى ١٨٤٢ افتتحت الليدى مارتن أول مستشفى للماوريين عند خليج جدجز فى الجزيرة الشمالية. بصرف النظر عن اعتبار المستشفيات كأدوات بر مسيحية، فإن المبشرين كانوا يأملون أيضا فى أنها ستسهل هداية الأهالى للمسيحية، فالماووريون سيتعرضون أثناء فترات مرضهم ونقاهتهم الطويلة للخدمة الكهنونية الربانية المتواصلة حيث كان يؤمل أن يكونوا وقتها مستهدفين بالذات لذلك.

كان المبشرون الأطباء الأوائل يتفقون على حقيقة أن عدد الماووريين ينخفض، وكانوا يرجعون هذا الانخفاض لتأثير مداومة الماوورى على الخطيئة والوثنية. وأشاروا إلى الانحلال الجنسى وممارسة قتل الأطفال واستمرار الحروب بين القبائل، على أنها الأسباب الرئيسية للانهيار الوشيك للماووريين كشعب. على أن المبشرين أرجعوا أيضا بعض المسئولية على أولئك الأوروبيين الذين لا يعترفون بما للمبشرين من حقوق فى السيطرة العادلة، ويتاجرون مع الماووريين بالكحول والبنادق، أو يؤثرون فيهم بسبل أخرى تأثيرا أخلاقيا مهلكا. يكمن الحل حسب المبشرين الأطباء فى مزيد من نشاط الإرساليات، والحد من الهجرة وزيادة إحكام سيطرة سلطة الكهنوت على المجتمع الأوروبى.

الطب الإمبريالى: دمج الهمج

مع تزايد عدد السكان الأوروبيين ابتداء من ١٨٤٠ وما بعدها، تبنت الحكومة الإمبريالية سياسة ما سمى بأنه "الدمج العرقى". فكان يؤمل أنه على طريق الدمج الانتقائى للماوورى فى المؤسسات الأوروبية، وإعطائهم حقوقا معينة قانونية ومدنية، وإعادة تعليمهم بالطرائق الأوروبية، كان يؤمل أن يتم عن طريق ذلك إخضاع القبائل للهيمنة الأوروبية ويؤمل كذلك منع تآكلهم بالكامل، حسب النمط الذى أصيب به الأبوريجينيون الأستراليون. صممت سياسة الدمج للتوصل إلى أهداف إمبريالية بوسائل سلمية، بما يسترضى جماعة الضغط الإنسانية فى لندن، ويتجنب نفقات إرسال أعداد كبيرة من القوات الإمبراطورية إلى نيوزيلندا.

عملت المؤسسات الطبية هى والمعارف الطبية معا كأدوات لهذه السياسة. فى ١٨٤٦ عين السير جورج جراى حاكما، وكان أول ما قام به أنه طلب من وزارة المستعمرات فى لندن تخويله السلطة، لاستخدام موارد إمبريالية لإقامة المستشفيات فى نيوزيلندا. وكانت هذه المستشفيات ستفتح للمرضى الماووريين والأوروبيين معا. وهذه السياسة لتوفير مستشفى اندماجى بالكامل، وهى فى حدود ما يعرفه كاتب هذا المقال شئ فريد بالنسبة للإدارة الاستعمارية البريطانية، وهذا أمر يوضح تصميم وزارة المستعمرات على اتباع سياسة الدمج. على أن هذا يوضح أيضا كيف كانت هذه السياسة انتقائية حيث كان يعتبر أن من المرغوب فيه، إدماج الماوورى فى المستشفيات كمرضى بينما كان هناك فى نفس الوقت رفض لأن يتاح لهم دخول أى من المؤسسات التى تستحوذ على السلطة السياسية الحقيقية فى المستعمرة. وبكلمات أخرى، وبصورة فيها مفارقة، كانت المستشفيات تؤدى دورا أساسيا فى سياسة جراى للدمج، لأنها بالضبط كما هو مفهوم مؤسسات هامشية بالنسبة لمجمل الجهاز الإدارى للدولة الاستعمارية.

تم التصديق على مطالب جراى وأنشئت المستشفيات الاستعمارية فى أوكلاند و ويلنجتون ووانجانوى ونيوبليموث. وافتتح مستشفى ويلنجتون فى ١٨٤٧، ودخل فيها فى أول نصف عام لها خمسة وأربعون مريضا داخليا، منهم تسعة وعشرون من الماوورى. وأحد أهداف المستشفى المعترف به هو تعليم الماوورى أساليب السلوك الأوروبية. سجل فى سجل الدخول الأصلى بفخر واضح أن واحدا من أوائل المرضى رفض "أن يخرج مرتديا الدثار الذى دخل به إلى المستشفى واشترى لنفسه حلة جديدة". وكما كان المبشرون يأملون أن مستشفياتهم سوف تغرس المسيحية فى الأذهان، فإن جراى كان بمثل ذلك يأمل فى أن مستشفياته سوف تشجع على تحضر الماوورى.

كتب جراى مرة أخرى فى ١٨٤٨ لوزير المستعمرات فى لندن قائلا:

"فى رسائلى السابقة لحضراتكم بشأن موضوع ما يُبذل فى التو من جهود لاكتساب مودة الأهالى وترقيتهم حضاريا، ذكرت لكم اعتقادى بأن إنشاء هذه المستشفيات سيترتب عليه ظهور تأثيرات طيبة جدا. وأظن أن حضراتكم ستجدون فى التقرير المرفق والمثير للاهتمام، أن ما فكرت فيه من توقعات قد تحققت فيما يحتمل بالكامل".

كتب هذا التقرير دكتور جون فيتر جيرالد مدير المستشفى الاستعمارى فى ويلنجتون. وقد أكد فيتزجيرالد بكل إخلاص أن خطة علاج العرقين معا فى نفس العنابر كانت لها نتائج تثير الإعجاب. فكتب يقول: "منذ افتتاح المستشفى لا يوجد بين العرقين إلا كل انسجام". ويسجل فيتزجيرالد أن الماوريين كانوا يأتون من شتى الأماكن إلى المستشفى. واقترح إنشاء لجنة زائرة للمستشفى يكون فيها تمثيل للماورى بنسبة كبيرة. وكا الاعتقاد أن المستشفيات تُظهر - على نطاق مصغر - النتائج التى تم التوصل إليها فى نيوزيلندا كلها باتباع سياسة الدمج العرقى.

حتى يدلل وزير المستعمرات على تقدير الحكومة الإمبريالية للعمل الذى يقوم به المستشفى وللتعاون الذى يبذله الماوريون، فإنه أهدى إلى المستشفى مجموعة من الكتب وصورة كبيرة بالحفر للملكة فيكتوريا. ونظم دكتور فيتزجيرالد حفلا ترفيهيا فى المستشفى للزعماء الماوريين المحليين للاحتفال بتلقى هذه الهدايا. وعلقت الصورة المحفورة فى نهاية الغرفة "لتحدث انطباعا فى الأهالى يعطى بعض فكرة عما يلازم جلالتها من أبهة واحتفاء".

وكما نعرف من كتاب البروفيسور رينجر عن جنوب أفريقيا، فإن السلطات الاستعمارية فى القرن التاسع عشر كثيرا ما كانت تنظر إلى الأطباء كجزء حيوى من جهازها للسيطرة والتحكم. فالطب الغربى كان سلاحا أساسيا فى الحملة التى تستهدف إضعاف الثقافة المحلية وتعزيز الولاء للمؤسسات الأوروبية وأساليب الفكر الأوروبية. وعندما انتقل جراى إلى جنوب أفريقيا فى ١٨٥٤ ذهب فيتزجيرالد معه. وأرسله جراى إلى الحدود ليمارس ما كان يسمى "الطب بلا مصالح" وليبطل من

اعتياد الأهالى على ممارسة السحر. والحقيقة أن فيتز جيرالد لم يكن مطلقا يمارس طبا بلا مصالح. وكمثل، كان يتوقع منه أن يؤدى لجراى أعمال مخابرات حربية. بينما استخدم جراى فى نيوزيلندا شهادة فيتزجيرالد ليهنئ وزارة المستعمرات على صواب سياستها للدمج العرقى، ولإقناع الوزارة بنجاح تنفيذ جراى لسياستها هذه فى نيوزيلندا.

كان هناك شخصية مهمة أخرى بالنسبة للطب فى نيوزيلندا فى ذلك الوقت، وهى سير أرثر س. تومسون الذى نال شهادته الطبية من أدنبرة فى ١٨٣٣. وفد سيرتومسون إلى نيوزيلندا فى أغسطس ١٨٤٧ ليعمل كبيرا لأطباء اللواء الثامن والخمسين فى فوت. وقد ظل فى المستعمرات لأحد عشر عاما. وفى ١٨٥٤ نشر وصفا تفصيليا للماوورى وأمراضهم. وظل بحثه يحتفظ ببعض اللمسات عن الهمجية النبيلة أو الرومانسية. فهو يكتب مثلا "أن النيوزيلندى(*) حين يكتسى بردائه الوطنى يبدو كأسد من الغابة، أما فى الملابس الأوروبية فإنه يبدو سوقيا منحطا". على أنه بخلاف مارشال لايبدى إعجابا بأماكن سكن الماووريين. والحقيقة أنه يرى أن أكواخهم أسوأ من مأوى الكلاب.

ومن الواضح أن الأدلة الطبية التى يطرحها تومسون وثيقة الصلة بالتقييمات التى تمتدح نجاح سياسة الدمج العرقى. ومن الواضح أنه يهمه أن يبرهن على أن الماووريين قد استفادوا من الاحتكاك بالأوروبيين. ويمكننا أن نعثر على تمثيل جيد لذلك فى وصفه لمرض "الجذام الغنغرينى"، أحد أشكال الجذام الذى يرى تومسون أنه شكل جديد على علم الطب وخاص بالماوورى. ويعتقد تومسون أن أسباب هذا المرض هى نقص النظافة

(*) المقصود بالنيوزيلندى هنا الماوورى، وهم سكان نيوزيلندا الأصليون وليس النيوزيلنديين المستوطنين. (المترجم).

الشخصية، والخمول العقلى والجسدى. ولا يوجد أوروبى أو مولّد يعانى قط من هذا المرض لأن النشاط العقلى الحضارى فيه وقاية كاملة ضده. وبالمثل فإن نساء الماوورى اللائى يعشن مع رجال أوروبيين يكن محصنات منه بالكامل. وقد أصبح المرض بفضل التأثير الحضارى الأوروبى فى انخفاض حتى بين الماووريين:

"إنها لمهمة تطيب لى إذ أسجل أن التجارة قد أدخلت نشاطا ذهنيا وجسديا له قدره، بين النيوزيلنديين الذين يعيشون بالقرب من المستوطنات الإنجليزية، وبين من يستطيع منهم الوصول إليها بقوارب الكانو والسفن الصغيرة... ماذا ترتب على ذلك؟ إن ذلك المرض الذى حاولت الآن جاهدا وصفه قد أصبح نادرا؛ ومن المحتمل بعد مرور عشرين عاما أخرى أن الحضارة وما يتبعها من الصناعة والنظافة ستكون قد توسعت ممتدة، لتصل إلى القبائل التى فى الداخل من البلاد... وعندها فإن مرض الجذام الغنغرينى قد ينقرض".

يهتم تومسون اهتماما بالغا بأن يفند الاتهام الذى وجهه مارشال، كما سبق أن رأينا، هو وآخرون كثيرون غيره، الذين قالوا إن بعض حالات العقم الظاهرة بين نساء الماوورى قد نتجت عن العدوى بالأمراض التناسلية التى أدخلها الأوروبيون. ويؤيد تومسون الرأى بأن مرض السيلان كان يحدث فى نيوزيلندا قبل الاتصال بالغرب، وعلى أى حال فإنه يزعم أن الأمراض التناسلية نادرة جدا فى المجتمع الأوروبى حتى بين الجنود. بالإضافة إلى ذلك فإن الماووريين لايعانون من الزهرى إلا معاناة خفيفة. وهو يذكر أنه لا هو ولا أى واحد من زملائه الأطباء قد شاهد واحدا من الأهالى قد أصابه أى تلف شديد كنتيجة للعدوى بأمراض تناسلية. وهو ينكر إنكارا باتا دعوى مارشال بأن العاهرات الماووريات يمتن مبكرا. وبدلا من ذلك، فإنه يؤكد أنهن إنما يختفين لعودتهن ثانية إلى قراهن فى داخل البلاد، حيث يحظين برعاية كبيرة كزوجات،

لأن من الواضح لرجال قومهن أنهن حتى وهن فى وضع العاهرات المنحط، قد اكتسبن بعض العادات الحضارية الراقية من معيشتهن بين الأوروبيين.

تقرير تومسون فى جوهره تبرير للتورط الأوروبى فى نيوزيلندا، والسياسة الإمبريالية بالنسبة للأهالى والتى يؤكد أنها "منذ البداية... وهى عادلة وكريمة وخيرة". وهو يعلن بوضوح أن أحد أهداف مذكراته "أن يدون فى تقرير مكتوب، قبل أن يصبح إثبات الأمور مستحيلا بمرور السنين، أن فساد أهالى نيوزيلندا لم يكن من فعل المستوطنين الأوائل:

"الناس الطيبون فى إنجلترا يرجعون تكرار ما يحدث من انقراض لبعض الأعراق المعينة الأبوريجينية، إلى أنه بسبب سلوك المستوطنين الأوائل المقيمين بينهم سلوكا وحشيا أو معاملتهم للأهالى معاملة غير مسيحية. إذا كان الرجال البيض فى أمريكا وفى أرض فان ديمان وهولندا الجديدة والجزائر، قد لا تكون أيديهم نظيفة من هذا الاتهام، إلا أن الأمر ليس هكذا بالنسبة لرواد الاستعمار الأوروبى فى نيوزيلندا".

وهو يجادل بأن الأولى من ذلك أن هذا الانخفاض فى العدد إنما يرجع إلى الماووريين أنفسهم، لأنهم يداومون على انتهاك "تلك القوانين الطبيعية التى صنعها الله لتكاثر وتزايد الجنس البشرى". فهم مذنبون لانحلالهم فى علاقاتهم الجنسية، ولأنهم يقتلون الأطفال، ويتزوجون من الأقارب الأقربين، وخاصة كما يقول، من يكونون منهم مصابين بالدرن الليمفاوى(*)، وهم مذنبون لأنهم عموما يهملون المرضى، ويهملون بشكل خاص استخدام العلاج استخداما صحيحا.

(*) واحد من أنواع مرض السل المعدى يؤدى إلى التهاب وتضخم الغدد الليمفاوية، خاصة فى العنق.(المترجم)

ضمّن الحاكم جراى نسخة من تقرير تومسون فى إحدى رسائله إلى لندن، وتم فى النهاية طبعها فى تقارير البرلمان عن نيوزيلندا. وكثيرا ما كان يُستشهد بها فى تقييم فعالية السياسة الإمبريالية تجاه الماوورى حتى فى القرن العشرين. ويمكننا أن نرى من تاريخ تقرير تومسون، كما رأينا من تاريخ تقرير فيتزجيرالد، أن شهادات الأطباء كان لها أهمية حاسمة فيما يدور من نقاش وجدل إمبريالى عنيف. ولما كانت مسائل رفاه الأهالى لها أهمية محورية بالنسبة لدعاوى النجاح العام للسياسة الإمبريالية فى منتصف وأواخر القرن التاسع عشر، فإن وجود شهادة طبية تؤيد ذلك كان له أهمية خاصة عند الإداريين الإمبرياليين، إذ يلتمسون إضفاء الشرعية على أنشطتهم والدفاع عنها إزاء الفحص المدقق من جماعة الضغط الإنسانية القوية فى لندن. يعى تومسون تماما المغزى المهم للبراهين التى يقدمها. ثم إنه يكتب لاحقا أن التفسير الصحيح لأسباب انخفاض عدد الماوورى لهو أمر يتعلق "بشرف إنجلترا".

بل إن تومسون يطرح، فى كتاب نشره عند عودته لإنجلترا، دفاعا طبيا أكثر وضوحا وتفصيلا عن سياسة الدمج العرقى. وبالطبع فإنه ينبغى أن نبقى فى الذهن دائما أن سياسة الدمج على الرغم من أنها تفهمنا ظاهريا، بأنها تعامل الماووريين على أنهم مساوون للمستوطنين على الأقل بالإمكان، بالنسبة لمسائل الحقوق المدنية، إلا أن هذه السياسة تأسست فى الحقيقة تأسسا حاسما على افتراض التفوق المطلق للأوروبيين ومؤسساتهم. ويضفى تومسون شرعية بيولوجية على هذا الفرض فيقول: تأكد عن طريق وزن حبوب الدخن التى توضع داخل الجماجم وعن طريق قياس الجماجم بأشرطة القياس والمنقلة، أن رؤوس النيوزيلنديين أصغر من رؤوس الإنجليز. وبالتالى، فالنيوزيلنديون أحط من الإنجليز فى قدرتهم العقلية". على أن تومسون يؤمن بالفعل بأن ذكاء الماوورى سيتحسن مع استثارته بالتجارة. وهو يدعى بالفعل أن رؤوس الماووريين قد أخذت تكبر.

يفند تومسون بوضوح فكرة كانت جد محورية فى رأى مارشال عن الماووريين، وهى أن الجنس البشرى ينحط بدنيا فى الظروف الحضارية. وهو يورد نتائج لتجارب قد أجراها عن القوة النسبية للماووريين والأوروبيين، وظهر منها أن الماووريين هم الأضعف:

"هناك أشخاص يروق لهم التفكير فى أن الجنس البشرى ينحط بدنيا بعد سنوات من الحضارة، وهؤلاء سوف يدهشون عندما يسمعون أن سكان نيوزيلندا لا يساوون الإنجليز فى قوتهم البدنية. ومدى انحطاط قوتهم يمكن أن يقدر بخمسين رطلا، ذلك أنه فى محاولة لتقدير القوة، رفع الرجال النيوزيلنديون ما يبلغ فى المتوسط ٣٦٧ رطلا لمسافة بوصة فوق الأرض، بينما رفع الإنجليز ٤٣٢ رطلا".

يطرح تومسون الدمج العرقى على أنه قانون للطبيعة، وقانون فيه كل الفائدة:

"كل الانتصارات سواء بالعقل أو بالسيف، إذ تنتهى بالخير للطرف الأضعف، فإنه يحدث على نحو لا يتغير أن يندمج المنتصرون بالمهزومين، وهذا أمر ضرورى أقصى الضرورة بالنسبة للنيوزيلنديين، حيث إن تناقص عددهم السريع يتفاقم كثيرا بسبب تزاوجهم فيما بينهم، وعليه فإن مما يبعث على الرضا أن نجد أن الدم القوقازى يسرى بالفعل فى أوردة ألفين من السكان المحليين... إن النيوزيلنديين ينوبون، ولكنهم لم يضيعوا، فهم يندمجون مع طائفة أخرى أفضل".

وهو يصف المولدين بأنهم "عرق نبيل وجميل" لا يحتاجون إلا إلى التعليم لتنمية قوة عقلهم وقدراته. إن لديهم شيئا من شدة قوى المهجنين. وكمثل، يؤكد تومسون خلوهم على نحو فريد من الإصابة بالدرن الليمفاوى العنقى، الذى أطلق عليه قبلها أنه "تلوث مرضى فى دم الماوورى". على أن نتاج بوتقة صهر نيوزيلندا لن يكون "كثرة من أناس فى لون القهوة":

"فيما يتعلق بالمظهر البدنى، فإن قانون الدمج هو أن النوع الأقل عددا ينوب فى النوع الأكثر عددا... وحيث إن عدد المستوطنين الأنجلو ساكسون لابد أنه سيفوق سريعا عدد الأبوريجينيين، فإن ملامح العرق الماوورى سوف تختفى من المولدين، وإن كنا سنرى أحيانا فى بعض العائلات آثارا من دمائهم بعد أجيال كثيرة".

وبكلمات أخرى فإن تومسون يوفر المرجعية الطبية للاستنتاج بأنه مع السياسة الإمبريالية لتعليم الماووريين، وإعطائهم بعض الحقوق المدنية المعينة، التى ليست تماما بحقوق المواطنة الكاملة، ومع ما يحدث فى نفس الوقت من شراء أرض الماوورى تدريجيا وتشجيع الاستيطان الأوروبى، هذا كله سوف يضمن تحولا سلسا إلى نيوزيلندا التى ستكون كلها بيضاء، وسيؤدى إلى انتهاء مشكلة الماوورى بنهاية سلمية.

يكاد الأطباء أن ينفردوا وقتها بأن لهم الحق فى أن يعدو خبراء متميزين فى المسائل العرقية ليس لهم أى مصلحة شخصية، وهذا فى جزء منه بسبب وضعهم كرجال علم وفى جزء آخر بسبب اتصالهم الوثيق بالأهالى المحليين اتصالا يظل موضع المحافظة عليه بصورة مشروعة. وتومسون مثلا كان عليه أن يقر بأن وصفه لشخصية الماوورى فيه إطراء أقل مما توصف به عادة هذه الشخصية. على أنه أمكنه أن يدعم مصداقية توصيفه للماوورى بالزعم بأنه قد استمده من ملاحظته لهم وهو بينهم "فى أوقات سعادتهم وبؤسهم، وفى ساعات مرضهم وموتهم". وبالتالى فإن هذه الشهادة الطبية لها مرجعية من العلم الموضوعى وكذلك أيضا من الخبرة الشخصية الحميمة.

كتاب تومسون كتاب مرجعى شامل يصف فيه بتفاصيل جد كثيرة، نيوزيلندا وسكانها المحليين ومستوطناتها الأوروبية. وكما سبق ذكره فهو إسهام مهم لنوع من الأنثروبولوجيا الطبية للقرن التاسع عشر. وقد بقى الكتاب حتى يومنا هذا كوثيقة

أنثروبولوجية مفيدة. ولا يمكن أن يكون هناك شك فى اجتهاد تومسون كباحث أصيل وصاحب نظرة فى المقارنة بين أحسن ما يتاح من المعلومات، والخلاصة أن ملاحظاته عن الماوورى تتصف بأنها علمية مثل ملاحظات أى راصد معاصر وقتها للشعوب غير الأوروبية. على أنه بما يساوى ذلك لا يمكن أن يكون هناك شك فى أننا نجد فى أمثلة كثيرة أن هذا الكتاب المرجعى العلمى، يخدم مصالح السياسة الإمبريالية وإضفاء الشرعية عليها.

ينبغى أن نلاحظ أن أدلة تومسون الطبية لم تكن مما يتعلق فحسب تعلقا واضحا وعلى وجه الخصوص، بالسياسة الإمبريالية المحلية. فخبرة الطبيب كان لها أهمية أساسية فى دعم نواح عديدة من نزعة التوسع الإمبريالى. وكمثل، فإن الحاكم هو وشركات التهجير كانوا معا يرغبون فى جذب المزيد من المستوطنين، حتى يزيدوا من ترسيخ السيطرة الأوروبية على نحو وطيد وحتى يزيدوا من الأمن العسكرى. ومرة أخرى فإن براهين الأطباء هنا تكون حاسمة. ووجود بيان عن النظافة الصحية أمر ضرورى فى إثبات جاذبية المستعمرة. هناك ملحق لأحد الفصول يوجهه تومسون بوضوح إلى من يتوقع أن يكونوا من المهاجرين، ويعطى فيه أدلة مناخية وإحصائية ليبين أن نيوزيلندا بلاد صحية أكثر من إنجلترا، وأكثر أيضا من البلاد الأخرى التى يحتمل أن يتوجه المستوطنون إليها، مثل أستراليا أو كندا أو الولايات المتحدة. وبالتالى، فإنه من الوجهة الطبية سيظل من حسن الاستثمار إنفاق الوقت والمال الإضافيين اللازمين لقطع الرحلة الأطول إلى نيوزيلندا.

الطب الاستيطانى: الهمج يموتون

لم تكن سياسة "الإنسانية" أو "محبة الماوورى" هى السياسة الوحيدة التى اتبعتها وزارة المستعمرات، تجاه الأهالى فى منتصف القرن التاسع عشر فى نيوزيلندا. فابتداء من أواخر أربعينيات القرن، أصبحت المسألة الماوورية سببا متزايدا للتوتر بين

المستوطنين والسلطات الاستعمارية. فالسلطات الاستعمارية هى والمستوطنون معا يريدون فرض السيطرة الأوروبية على الماورى. على أن الكثيرين من قواد المستوطنين كانوا نافذى الصبر بالنسبة للنزعة التدريجية فى خطوات السياسة الإمبريالية - وهى على أى حال سياسة كانوا يرون أن فيها إفراطا فى التعاطف والتنازل بالنسبة لمؤسسات الماوريين وأعراقهم. وكان قواد المستوطنين هؤلاء يريدون السعى إلى السيطرة بعنف أكثر. أى يريدون فرض القانون الإنجليزى على نحو أكثر مباشرة.

مع زيادة سوء العلاقات بين الأعراق فى خمسينيات وستينيات القرن التاسع عشر، أصبح عداء زعماء المستوطنين للشعب الماورى وثقافته المحلية عداء أكثر صراحة. بالنسبة للكثيرين من المستوطنين لم تكن فكرة أن الماوريين فى الطريق إلى الانقراض بالفكرة التى لا يرحبون بها تماما. وأصبحت الصورة المفضلة لديهم عن الماوريين هى ما سماه هاو فكرة "الهمجى الذى يموت". استمرت السلطات الإمبريالية هى والمبشرون فى الحض على أن أفضل هدف هو العمل على تعليم وتحضر الماوريين لعله يحدث فى يوم من الأيام أنهم هم أو سلالتهم من الأعراق المخلطة قد يتمكنوا من أن يكون لهم مكانهم فى المجتمع الأبيض. إلا أن بعض المستوطنين كانوا يحاجون بأنه إذا كان الماوريون سيفنون، فلا داعى إذن لإنفاق المال والوقت على مهمة كهذه. فالماوريون سوف يختفون جميعا قبل أن يتم إعدادهم إعدادا سليما لممارسة المسئولية المدنية. ثمة لجنة من المستوطنين ذكرت ذلك صراحة فى اجتماع لها فى أوكلاند فى ١٨٥١، وكان مطلبهم الرئيسى أنه ينبغى أن تنقل السيطرة المطلقة على كل الشئون الداخلية للمستعمرة، إلى مجتمع المستوطنين دون تدخل من أى نوع من الحكومة الإمبريالية. كانوا يريدون بالذات السيطرة الكاملة على شئون الأهالى المحليين. وبعدها لن تكون هناك أى سخافات عن تعليمهم ليصبحوا على قدم المساواة دستوريا. وأشارت اللجنة إلى ما لدى الماوريين من:

"جهلهم التام فى كل موضوع تقريبا من مواضيع المعرفة التى تؤهل لممارسة الحقوق السياسية - وافتقارهم إلى معرفة طبيعة ومبادئ الدستور البريطانى... كما أن أفراد لجنتكم لا يمكنهم أن يتكتموا لأنفسهم حقيقة أن أفراد العرق المحلى، ينقرضون انقراضا سريعا لأسباب ليس لديهم أى سيطرة عليها، وأنه ليس من المتوقع أنهم سيصبحون كيانا متنورا بما يكفى لممارسة الحقوق السياسية قبل أن يحل زمن انقراضهم".

كانت الأرض أحد جذور التوتر بين الأعراق. وقد اعترفت معاهدة ويتانجى بأن للماووريين الحق فى امتلاك أراضى قبائلهم، وكانوا فى خمسينيات القرن التاسع عشر مازالوا يمتلكون مساحات كبيرة، خاصة فى المناطق الداخلية من الجزيرة الشمالية وكانت سياسة وزارة المستعمرات هى محاولة تشجيع رؤساء القبائل على بيع الأرض بطريقة منظمة تدريجية. على أن بعض قطاعات من مجتمع المستوطنين كانت تريد الأرض بسرعة أكبر. رأت لجنة ويلنجتون أن السيادة على الماوورى هى المفتاح للانطلاق بالأرض إلى مزيد من الاستيطان. وقرروا أنه: "يجب أن توضع الأراضى الفضاء فى المستعمرة تحت تصرف المستعمرين، حتى تتم إدارتها على النحو الملائم حسب ما يتراءى لواضعى القانون من حين لآخر".

بالإضافة إلى ذلك، لم يعد المستوطنون بعد متفائلين بشأن المطلب الأساسى البيولوجى لسياسة الدمج العرقى - أى التزاوج بين الأعراق. وكما حدث فى أجزاء كثيرة من الإمبراطورية فإن الموجة الأولى من الأوروبيين كانت أغلبها من الذكور، وحدث التزاوج على نحو متحرر نوعا مع أفراد من السكان المحليين. على أنه مع وصول سفن شركة نيوزيلندا زادت نسبة النساء فى المجتمع الأوروبى زيادة عظيمة. وبالاضافة إلى ذلك فإن المجتمع الأبيض صار أكثر اكتمالا واكتفاء بالذات، واستطاع إقامة حواجز اجتماعية ضد الأجانب عنه. ولم يكن من السهولة تقبل الزوجات المحليات

فى المجتمع الأبيض. وكان هناك بالطبع أسباب فيكتورية وجيهة لذلك. وقد تحدى مراسل لصحيفة فى أوكلاند صميم مبدأ الدمج العرقى على النحو التالى:

"هل يعنى ذلك أننا ينبغى أن نعطى بناتنا لأبنائهم وأن نتخذ من بناتهم زوجات لأبنائنا؟ إذا كان الأمر هكذا فإن هناك مانعا له، وهذا المانع هو فحسب أن النقاء الأخلاقى لا يمكن أن ينحدر إلى مستوى الغرائز الحيوانية... لايمكن أن يكون هناك أى ترافق... بين النقاء العائلى لزوجاتنا وبناتنا وحالة الشيوع الجنسى التى تسمى عند الأهالى (كينجا)، حيث لم تتعلم الإناث قط أن العفة فضيلة من الفضائل... لا يمكن أن يوجد دمج اجتماعى كهذا، إلا إذا وصل العرق الأدنى إلى الارتفاع لنفس مستوانا نحن من الأخلاق والمعرفة".

كما لاحظنا فيما سبق، فإن الطبيب كثيرا ما كان له وضعه المميز كخبير بشئون الأهالى. وقد رأينا كيف كان الحاكم جراى حريصا خلال فترة حكمه الأولى على أن يورد أدلة طبية داعمة لسياسة الدمج. على أن الخبرة الطبية يمكن توجيهها بطرائق عديدة. فى استطاعة المستوطنين من معارضى السلطات الإمبريالية، أن يجدوا بنفس السهولة أدلة تدعم موقفهم هم، خاصة أن الرجال المؤهلين طبيا، كما يوضح رايت سانت كلير، يتمتعون بوضع ممتاز فى مجتمع المهاجرين إلى حد بالغ الاعتبار. وهم بمقاييس وقتها ومكانها يعدون رجالا جد محترمين، وعلى درجة راقية من التعليم. كما أنهم كثيرا ما كانوا نشطين جدا فى سياسات المستعمرة. وهكذا كان الأطباء زعماء لمجتمع المستوطنين، وكانوا بهذا فى وضع يمكنهم جيدا من دعم هذا المجتمع بإصدار بيانات عامة لها مرجعيتها.

الأطباء الذين كانوا يتحدثون بما فيه مصالح المستوطنين أو (الباكيها) فى الفترة التى تبدأ بعام ١٨٥٠ وما بعده، كثيرا ما كانوا يجادلون بشدة، أكثر حتى مما فعله تومسون، بأن الماووريين منحطون جبلّيا وبيولوجيا. وكانوا يتمسكون بأدلة من علم

الجماجم(*) وعلم الفراسة(**)، تبرهن على أن أمخاخ الماوريين أصغر عموما فى حجمها، كما أن تناميها أقل بما له مغزاه فى مناطق حيوية. على أنهم لم يعتقدوا مثل تومسون أن الحضارة يمكن أن تحسن القدرات العقلية للماوريين. فانحطاط ذكائهم مثله مثل عجزهم عرقيا، هما مما لا سبيل إلى الخلاص منه. فى ١٨٥٩ جمع القاضى ف. د. فنتون أدلة طبية كثيرة فى سياق تقريره الذى كتبه عن حالة السكان المحليين. واستنتج أن السبب الحقيقى لتناقص أعدادهم أن تكوين الماورى البدنى "هو أساسا فاسد".

أصبحت حتمية انخفاض عدد الماوريين عقيدة مركزية فى شرع المستوطنين. ولا يوجد مطلقا ما يمكن عمله بهذا الشأن، سواء من جهة السياسة الاجتماعية أو الطب الوقائى. الانقراض المتوقع للماورى هو فحسب نتيجة قانون للطبيعة لا رحمة فيه، وهكذا نجد د. إيزاك فيذرستون مدير ويلنجتون، الذى كان أيضا طبيبا ممارسا، يطرح الأمر فى ١٨٥٦ بإيجاز بليغ قائلا: إن الماوريين يفنون، ولا شئ يمكن أن ينقذهم، وواجبنا الواضح، كمستعمرين خيرين رحماء، هو أن نمهد لهم فراش موتهم. وبعدها لن يكون للتاريخ ما يلومنا عليه.

أصبح من الشائع منذ عام ١٨٥٠ وما بعده الزعم بأن أعداد الماوريين كانت تنخفض حتى قبل احتكاكهم بالأوروبيين – فهم إلى هذا الحد كانوا أصلا فى حال من الفساد والعجز. وكمثل، فإن ويليام كولنزو كان يجادل بأن تاسمان رأى الماوريين وعددهم أكبر كثيرا مما رآه كوك، كما أن عددهم ظل ينخفض انخفاضا أكبر فى الفترة التى بين رحلات كوك والضم إلى بريطانيا. فانخفاض العدد منذ ١٨٤٠ إنما هو فحسب استمرار لنزعة راسخة من قبل.

(*) علم الجماجم: علم يتأسس على قياس الجماجم وشكلها وخصائصها الأخرى. (المترجم)

(**) علم الفراسة: علم كان يدرس ملامح الوجه والجمجمة على أنها تدل على السمات الشخصية والعقلية.(المترجم)

أما الفترة من ١٨٦٠ حتى ١٨٦٨ فهى فترة كانت القوات الإمبريالية تشن فيها حربا عنيفة ضد الماووريين، وشهدت هذه الفترة السياسيين النيوزيلانديين وهم يقعون تحت الضغط بالذات ليشرحوا مبررات ما يفعلون لوزارة المستعمرات ولجماعة الضغط من محبى الماوورى فى لندن. حدث هجوم مستمر عليهم من جمعية حماية الأبوريجينيين ومؤيديها. نشرت سلسلة من المنشورات تحت رعاية الجمعية تعبر عن التشكك فى عدالة هذه الحرب ومدى إنسانية إدارتها، وتطعن فى دوافع المستوطنين، فى ١٨٦٨ نشر ويليام فوكس، الذى كان معا وزيرا محليا ورئيسيا، إجابة تفصيلية على منتقديه من محبى الماوورى. كان لنظرية انخفاض العدد قبل الاحتكاك بالأوروبيين مكانها البارز فى محاولته للدفاع عن سجل حكومة نيوزيلندا الاستعمارية، فانخفاض عدد الماووريين لا يمكن أن يكون غلطة المستوطنين، لأنه قد بدأ قبل وصولهم. يجادل فوكس بأن الماووريين لا يختفون بسبب أى معاملة خشنة تلقوها على أيدى المستوطنين، ولا لأن الأوروبيين قد أفسدوا أخلاقهم أو أصابوهم بأمراض جديدة. وإنما هم على العكس من ذلك يموتون "على الرغم من" كل الجهود المخلصة الشاقة، التى بذلها المجتمع الأبيض فى سبيلهم. والحقيقة أن انخفاض عدد الماووريين يحدث على الرغم من اتباع سياسة من أكثر السياسات اتصافا بالطيبة والإنسانية فيما يُمنح للشعوب المحلية من سادتها الإمبرياليين.

يعبر فوكس، وهو يخاطب جمهورا بريطانيا، عن أسفه للانخفاض المأساوى فى أعداد الماووريين، كما عبر عن أسفه الشديد لضرورة شن حرب ضدهم. وهو يمتدح نبل عرق الماووريين، ويعبر عن دهشته من أن شعبا ساميا هكذا يعجز عن الاستجابة لتحديات الحضارة. على أنه كان فى المستعمرة أناس آخرون فى وسعهم أن يكونوا أقل نفاقا منه وأكثر رضا عن الذات. وهكذا فإن وليام ترافيرز المحامى والسياسى المنتمى للمذهب الطبيعى، يتحدث فى ويلنجتون فى ١٨٦٩ ليصف الماووريين بأنهم "عرق من الهمج البرابرة بما لا يمكن تصوره، ويمارسون طقوسا من نوع جد كريه بحيث إنه كثيرا ما كان الكتاب الحديثون يشككون فى مجرد وجود طقوس كهذه". وهو يواصل قائلا:

"إذا كان الاقتحام الذى تقوم به الأعراق الأوربية القوية، سوف يؤدى إلى أن تحل المزارع اليانعة والأسواق المزدحمة مكان أكواخ الهمج الجافين وأراضى الغابات مقطوعة الأشجار، وأن يأتى ملايين السكان من بلد مزدحم ومعهم فنونهم وآدابهم وسياستهم الناضجة ودوافعهم النبيلة كأناس أحرار، ويحلوا مكان آلاف معدودة من القبائل المبعثرة التى تعيش حاليا، فى حالة من الواضح أنها لا هدف فيها ولا تقدم، إذا كان هذا هو ما سيحدث فسنجد أنه حتى أكثر الإنسانيين حساسية قد يتعلم أن ينظر فى تسليم، إن لم يكن فى رضا عن الذات، إلى انقراض شعب كل ما أنجزه فى الماضى بالنسبة لأى هدف من أهداف وجود الإنسان هو إنجاز جد منقوص".

وكما يمكن للمرء أن يتنبأ به، فإن المناخ السياسى المتغير أثر أيضا فى المؤسسات الطبية. منذ وقت انتقال المسئولية عن المستشفيات إلى المجالس الإقليمية، أصبحت إحدى الوظائف الأصلية للمستشفيات أمرا لا لزوم له - وهى وظيفة تنفيذ السياسة الإمبريالية تجاه الماوورى. وبالإضافة إلى ذلك، فإن سلطات المستوطنين كانت دائما تنفر من إنفاق أموال المستعمرة على رفاه الماوورى. وهكذا يحدث فى وقت مبكر مثل عام ١٨٤٨ أن يتمادى ديللون بل، الذى سيصبح فيما بعد وزير الأسطول، إلى حد المحاجة بأن بناء مستشفيات للماووريين هو بأى حال مضيعة للنقود. انهار مستشفى ويلنجتون بسبب حاجته إلى الترميم واتخذت الخطط مقدما لإغلاق مستشفى نيوبليموث. كان أحد الأسباب التى ورد ذكرها لتأييد نبذ السياسة الصحية بالنسبة للماووريين أنهم لأعجز تماما من أن يستفيدوا بالرعاية الطبية. على أن هذا كان مما عُدَّ دائما على أنه موقف متطرف فنده تفنيدا واضحا الكثيرون من الأطباء. ولكنه يسجل على نحو واضح أننا من حيث المفهوم الطبى عن الماووريين، قد ابتعدنا كثيرا عن المستر مارشال وهمجييه الرومانسيين، الذين لا تكاد تزعجهم أى جروح تبدو مميتة.

بحلول ثمانينيات القرن التاسع عشر كانت نيوزيلندا، أو على الأقل مدنها الأكبر، فيها كل زخرف المستعمرات البريطانية المكتملة النمو بما فى ذلك وجود جمعيات راسخة ثقافية وعلمية. إلا أن مسائل الأرض والهيمنة كانت لا يزال لها دويها. فلم يكن قد تم بعد إخضاع الماووريين تماما. ومازالت أوامر حكومة ويلنجتون لا تسرى على كل البلاد. وظل التوتر موجودا على طول الحدود بين أرض المستوطنين وأرض الماووريين من (الكنجايت). بالإضافة إلى ذلك، ظلت العلاقات بين الأعراق فاسدة بسبب الاستياء من مصادرة الأراضى فى أعقاب حرب (ويكاتو) وبسبب تحويل ملكية أرض الماوورى بالجملة، الأمر الذى سهلته محكمة الأراضى المحلية.

لما كان (الباكيها) أو المستوطنون هم الآن فى صعود، فإنهم لم يعودوا يطيقون أى معارضة متواصلة. كان (تى هوايتى) النبى الماوورى قد نظم بنجاح حركة مقاومة سلبية فى (تاراناكى) ضد التعديات الأوروبية. فى ١٨٨١ أغار جون برايس الوزير المحلى بقوة من ١٥٠٠ رجل مسلح على جماعة هوايتى فى (باراهاكى). وتم أسر هوايتى ونقله إلى الجزيرة الجنوبية، حيث ظل مع مساعده مقبوضا عليهما دون محاكمة طيلة عامين. وأصبحت الأرض التى احتلها هو وأتباعه خالصة لتستخدم فى الاستيطان الأوروبى.

وبالتالى، فإن المستوطنين فى الثمانينيات كانوا لا يزالون منشغلين بنشاط فى إخضاع الماووريين بالقوة للسيطرة الأوروبية. بالإضافة إلى ذلك، فإنهم كانوا يفعلون ذلك فى مواجهة معارضة جديدة ذات حنكة ومعرفة. فالماووريون أفضل كثيرا من ذى قبل من حيث تنظيمهم السياسى وتعليمهم. وفوق ذلك، كان لديهم الآن عون بارع من بعض (الباكيها) فى طرح قضيتهم فى ويلنجتون، وكذلك أيضا فى لندن. التمس العديدون من زعماء الماوورى من الملكة فيكتوريا الحماية وإعادة الأرض والحكم الذاتى. وكانت جمعية حماية الأبوريجينيين لا تزال جد نشطة فى نشر الدعاية حول "آلام الماووى" فى العاصمة الكبيرة. وكان أعضاء البرلمان الإمبراطورى يتحركون أحيانا لسؤال زملائهم فى ويلنجتون عن مدى عدالة سياستهم بالنسبة للأهالى. يمكن قياس

مدى ما كان لدى ساسة المستعمرة من حساسية بالنسبة لنقدهم بشأن مسألة الماوورى، وذلك من حقيقة أنه عندما حدث فى ١٨٨٣ أن نشر ج. و.رسدن المؤرخ المحب للماووريين، تاريخا لنيوزيلندا يحوى بعض النقد المتضمن معاداة لطريقة إدارة الحرب الماوورية، رفع جون برايس قضية عليه بدعوى القذف. ويمكننا أن نستنتج أن الساسة النيوزيلنديين كانوا لا يزالون يحسون بالحاجة إلى مصادر لحجج تفنيدية يستخدمونها للدفاع عن ذواتهم وتبرير أنفسهم.

حدث فى ويلنجتون أن وفرت الجمعية الفلسفية المهيبة منبرا عاما أمكنها أن تجلب له المرجعية الكاملة لعلم الطب الحديث، وقد احتشدت بشأن السيادة الأوروبية والعلاقات العرقية فى نيوزيلندا. وهكذا فإن ألفريد نيومان، الحاصل على درجة بكالوريوس الطب وعضوية الكلية الملكية للأطباء، والرئيس السابق للجمعية الذى سرعان ما أصبح فيما بعد عضوا فى البرلمان، انتهز الفرصة فى ١٨٨٢ ليقدم تبريرا طبيا لوضع المستوطنين يتسم بكثرة ما فيه من تفاصيل ومن حجج خلافية. وقد طبع نص حديثه بعدها فى "محاضر" معهد نيوزيلندا (الذى أصبح فيما بعد الجمعية الملكية لنيوزيلندا).

كرس نيومان الجزء الأول من محاضرته لإثبات أن الماووريين يتناقص عددهم حقا بسرعة بالغة. واتفق مع المؤلفين السابقين فى أن بداية انخفاض أعداد الماووريين لم تكن متزامنة مع وصول الرجل الأبيض. فأعدادهم كانت تتناقص قبل أن يحدث أى احتكاك بالأوروبيين، وذلك بسبب توحشهم الفطرى وانحطاطهم الجبلّى. أما تأثير الحضارة الأوروبية فهو أنها فحسب قد زادت من سرعة العملية. "هذا عرق ينتهى، إنه عرق (واهن)، ويبدو أنه قد بلى تماما، ويعجل من موته الوشيك صراعه مع عرق أكثر جدة وامتلاء بالنشاط".

وكما يمكن أن نتذكر، فإن آرثر تومسون كان يعتقد أن الاحتكاك بالأوروبيين قد جلب للماوورى الحافز الصحى للنشاط البدنى والعقلى. أما نيومان فهو يجادل من

الناحيـة الأخرى بأن النير الأوروبى الذى وضع على كـاهل الماوورى كـان جـد خفيف بحيث إن الماووريين يعانون الآن من النتائج التعسة لخمولهم:

"إنى أتفق مع بعض كتاب معينين فى الاعتقاد بأن (الكسل) هو أيضا أحد أسباب تناقصهم. فهم فيما سبق كانوا مرغمين على الاستمرار فى العمل لكسب عيشهم، أما الآن فهم يعيشون أكسل حياة، وهذا الكسل يولد حشدا من الشرور. وقد لوحظ فى الولايات المتحدة أن العبيد الزنوج الذين احتفظ بهم للعمل ظل عددهم يتزايد، بينما ظل الزنوج الذين أعتقوا يتناقص عددهم باطراد".

كما أنهم لا يستطيعون التكيف مع الغذاء الأحسن الذى قدمه الأوروبيون لهم:

فى رأيى... أن وفرة الطعام المتاح بسهولة والذى ينالونه الآن فى إمداد منتظم – وهو أيضا طعام (مغذ بدرجة أكبر إلى مالا نهاية) من أى طعام حصلوا عليه فى الأوقات القديمة، قبل أن نصل نحن إلى البلاد – هذا كله قد أدى بهم إلى حال عام من السمنة والامتلاء الأمر الذى ينتج عنه، كما فى كل الحيوانات المنحطة، حالة من قلة الخصوبة، بل ويؤدى إلى عقم مطلق فى بعض الحالات الأخرى".

على أن الأسباب الحقيقية لانخفاض عدد الماووريين لا تكمن فى الغذاء أو الظروف الخارجية، وإنما هى كامنة فى انحطاطهم العرقى الجبلّى عقليا وبدنيا. فأجسادهم "ضعيفة البنية" توفر "أخصب تربة" لجراثيم السل. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم تعوزهم الصلابة الذهنية اللازمة بما يكفى لمقاومة المرض حتى ولو كان من نوع هين:

"إن افتقارهم للشجاعة... يؤثر بالفعل فى معدلات الوفاة: بمعنى أنهم سرعان ما يستسلمون عندما يهاجمهم المرض. ولاشك فى

أن الكثير من الماوريين يموتون من علل بسيطة لأنهم عندما يهاجمهم المرض لا يكافحون ضده ولا يناضلون لمقاومة أضراره، وإنما هم يلفون فى سكينة دثارهم حول أنفسهم ويرقدون فى استسلام ليموتوا. إنهم يبدون وقد نقص منهم العزم، كما يطل عليهم أصدقاؤهم بطريقة فيها فتور للهمة وليس فيها أى فعل نشط، وإنما تقبل للمصير بلا ضرورة ".

والماووريون عاجزون وراثيا عن أشكال السلوك المطلوبة للمحافظة على الصحة. ويذهب نيومان فى ذلك إلى أن يتحدث بكل ما لمهنته من مرجعية فيقول:

"تبين كل أدلة الطب الحديث على نحو لا يخالطه أى شك، أى السببين الرئيسيين للسل الرئوى عند كل الأمم هما التزاوج بين الأفراد المصابين بالمرض، والإقامة على أراض منخفضة رطبة سيئة الصرف. إلا أن هذين هما نفس الشيئين اللذين يبدو أن الماووريين يفضلون القيام بهما. وسنجد عندنا أن الأضرار الرهيبة للسل الرئوى يمكننا أن نوقفها بالكامل أو نخفف منها إلى حد عظيم بالرعاية والعلاج والتمريض وتغيير المناخ، وكل هذه أمور لا يدرى الماوورى عنها شيئا... إنه لا يرعى نفسه أبدا".

يقلل نيومان بصورة منهجية من أهمية إدخال الأمراض الجديدة كسبب لانخفاض عدد الماووريين. وهو يصمم على أن وجود السل كان سابقا للاحتكاك بالأوروبيين كما أن الكثير من أمراض أوروبا القاتلة، لم تكن أبدا مما أدخل على البلاد مثل الجدرى والكوليرا والطاعون والحمى الصفراء والتيفوس والحمى الراجعة. وهو يقر بأن التيفود والحمى القرمزية والحصبة والسعال الديكى كانت سببا فى موت عدد له أهميته، وأن مرض الزهرى التناسلى يسبب العقم عند نساء الماوورى بمثل ما يسببه عند "طبقة معينة من النساء فى لندن". ولكننا نجد من الجانب الإيجابى أن الجذام قد اختفى

بسبب ما سبق ذكره من التحسن فى الغذاء، وأصبح الماووريون لا يصابون إلا قليلا بالزهرى والدفتريا:

"وإذن، فبالنظر إلى المسألة ككل، أجدنى أميل إلى الاعتقاد بأن الأمراض المهمة لم تكن هى الأسباب الرئيسية التى أدت لاختفاء الماوورى، وإنما هى فقط قد أدت دورا جزئيا مع أسباب أخرى".

على أى حال، فإن أى عرق له قوة شديدة كان سيتمكن سريعا من الاستعاضة عن خسائره من أى مرض جديد يدخل عليه. ولكن الماووريين ليست لديهم القدرة التكاثرية علىّ الاستجابة بهذه الطريقة.

نيومان حريص على أن يبرهن على أن الآراء التى عبر عنها ليست خاصة به، وإنما الأحرى أنها تعكس خبرة الكثيرين من الأطباء فى نيوزيلندا. وهو يزعم أنه قد جمع معلوماته من عدد كبير من زملائه. وهكذا فإن د. إيرل "يصف بإسهاب أحوال مئات كثيرة من الأطفال الذين يموتون سنويا من الدوسنتاريا والسل المعوى". أما د.سبنسر الذى يشرف على ملجأ أيتام ماووريين، فقد أخبره أن الأطفال الماووريين وإن كانوا فى أول الأمر يستجيبون جيدا عند دخولهم، إلا أن تحسنهم لا يستمر فهم عند البلوغ يضعفون ثانية. وهذا اختلاف مهم عن الآراء الأقدم. فتومسون قد أكد أن الأطفال الماووريين تزدهر حالتهم عندما تبذل لهم الرعاية فى دور الملاجئ الأوروبية.

ونيومان ينكر أن المولدين نصف الماووريين - الأوروبيين يتمتعون بأى قوة شديدة مما يكون عند الهجناء. وبدلا من ذلك فإنه مثل نظرائه فى جنوب الولايات المتحدة ينادى بأن الأفراد من نتاج التزاوج بين الأعراق، يكونون منحطين من حيث وظائف الأعضاء عن أى من أفراد النوع الأصيل:

> **"وأنا أعتقد... أن صغر سعة الصدر أمر يوجد تقريبا فى كل المولدين النيوزيلنديين. ومن الحقيقى أن الكثيرين منهم لهم ملامح**

وسيمة وأكتاف عريضة ولكن صدورهم عادة من النوع الضحل الذى تراه فى المسلولين من عرقنا نحن".

وكل المولدين يموتون مبكرا، والقليلون منهم يصلون إلى سن الأربعين. أما أطفالهم فهم حتى أضعف.

إن هذه المحاجات محملة بدلالات لها أهميتها بالنسبة لسياسة الدمج العرقى. وهى أيضا تدل على اختلاف حاسم آخر بين آراء نيومان وتومسون:

"يؤمن المستعمرون الأوائل هم والكثيرون من المنظرين بأنه يمكن للعرقين أن يندمجا، والحقيقة أن العرقين لن يمتزجا أبدا، وأى تأثير صغير صغرا دقيقا مما قد يتلقاه العرق الأبيض قبل أن يفنى الماورى فى المستقبل غير البعيد، هو تأثير سرعان ما سيكون فى التو تأثيرا غير ملموس".

ونيومان واثق تماما من هذا المصير:

"إن اختفاء عرقهم لا يكاد يثير أى أسى. فهم يموتون موتا سريعا سهلا، ليحل محلهم عرق أرقى".

من الواضح أن الخطأ ليس من المستوطنين فيما يتعلق باستمرار انخفاض عدد الماوريين، على الرغم من كل ما يؤدى لهم عن طريق سياسة عمل تتصف بإنسانيتها. فى وسع الباكيها (المستوطنين الأوروبيين) أن يكونوا راضين عن أنفسهم – فما من لوم يلقى عليهم. لقد فعلوا كل ما باستطاعتهم.

كان من الواضح تماما لجمهور المستعمين إلى نيومان فى ويلنجتون أن ما يتحدث عنه حقا هو تحديد للمسئولية. وأعقبت محاضرته مناقشة تحدث فيها جيمس هكتور، الحائز على درجة الدكتوراه فى الطب وأمين متحف ويلنجتون ورئيس الجمعية الفلسفية، ووافق هكتور نيومان على أن الماوريين ينخفض عددهم. إلا أنه لم يستطع أن يوافقه على افتراض وجود سبب طبيعى لذلك:

"إنه... لا يستطيع الاتفاق مع المؤلف على إرجاع انخفاض عدد الماووريين إلى نزعة جبلّية للتلف. وإنما يقع اللوم حقا علينا نحن، وذلك أساسا بسبب أننا جعلنا الأهالي ينبذون عاداتهم وأعراقهم القديمة. لقد دمرنا تنظيماتهم الاجتماعية ولم نجعل لهم مكانها تنظيماتنا نحن... ولا يبدو أن هناك أى سبب لأن يكون عرقهم مما ينبغى أن يضعف لو أنه ترك وشأنه، أو لو أنه فحسب تم تمثله تدريجيا فى عرقنا نحن، ولا فائدة ترجى من أن نحاول التماس العذر لأنفسنا من خلال أى قانون طبيعى آخر سوى قانون الجبروت.

على أن نيومان نال دعما له تأثيره. ذلك أن د. ويليام بولر الحائز على زمالة الجراحة، إذ استعاد رئاسة الجمعية الفلسفية فى ١٨٨٤، انتهز فرصة خطابه لتولى الرئاسة ليعود إلى موضوع انخفاض عدد السكان المحليين. وصادق بولر على الكثير مما قاله نيومان، مؤكدا تأكيدا خاصا على النقطة الأساسية، من حيث استحالة الدمج بسبب أن المولدين تنقصهم شدة القوة:

> **"ما من أدنى شك فى أن هذا العرق محكوم عليه بالفناء... العرق الأبوريجينى يجب أن يترك مكانه فى الوقت المناسب لعرق... أرقى تنظيما. إن هذا فيما يبدو أحد القوانين الملغزة للطبيعة. وإذا كان الواحد منا مخلصا لشعارنا عن التقدم - اجتماعيا وعقليا وبدنيا - فلن يكون فى وسعه أن يعتقد أنه حتى أشد الأفراد جدية فى حبه للماووريين سيحس بأى أسف لهذا التغير".**

كان بولر واضحا جدا فى أنه ما من لوم ينبغى أن يوجه إلى المستوطنين بسبب انخفاض عدد الماووريين. وهو يعيد ترديد زعم فيذرستون بأنه "لن يكون للتاريخ ما يلومنا عليه" وكل ما يتبقى على العلماء فعله، هو أن يعملوا فى جمع موادهم الإثنوجرافية(*) قبل أن يصبح الوقت جد متأخر لذلك.

(*) الإثنوجرافيا: علم الأنثروبولوجيا الوصفية، أى علم دراسة الإنسان الوصفية. (المترجم).

الاستنتاجات

يعيّن هذا المقال أربع صور للماووريين من القرن التاسع عشر. وهناك تمايز بين هذه الصور كأمثلة للهمجي النبيل، والرومانسي، والمندمج، والذى يموت. وقد رأينا أن صورة جون سافيج عن الماووريين الذين (يقتربون) من أن يكونوا همجا نبلاء، هى تعبير عن الموقف المعاصر السائد تجاه السكان المحليين بالهادى وهى بكلمة واحدة صورة تقليدية. فسافيج وهو رجل الطب المتمرس، كانت يفهم الماوورى بلغة من توقعات الثقافة التى نشأ فيها والجمهور الذى يخاطبه. فكان وصفه للماووريين نتاجا للتفاعل بين خبرته المباشرة بهم هى والتقاليد الاجتماعية والأدبية التى اختار أن يعمل من خلالها.

واتسام وصف سافيج بالتقليدية أمر يظهر فيما يتصف به تصويره لنيوزيلندا من خواص أسطورية. أما نصوص مارشال وتومسون ونيومان فتعرض مضمونا يتصف بعمليته وبمحتواه الإمبريقى بقدر أعظم بما له اعتباره. على أنها أيضا نصوص يجب النظر إليها على أنها ذات طبيعة تقليدية. فهؤلاء المؤلفون قد اختاروا أيضا المفاهيم المعاصرة السائدة عن السكان المحليين، فاختاروا أفكار الهمجى الرومانسى والهمجى الذى يموت كوسيلة ينقلون بها أوصافهم للماووريين.

بالإضافة إلى ذلك، فإن مارشال وتومسون ونيومان كلهم يعلنون بوضوح يزيد أو ينقص، أنهم يكتبون لتأييد جماعات مصالح معينة. يمكن للمرء أن يتبين بجلاء إلى أى مدى يؤدى جدول الأعمال السياسى إلى بناء صورة كل مؤلف منهم عن الماووريين. وكمثل، فإن مارشال كان يكتب كمبشر يدافع عن قضيته. وهو غير سعيد بفكرة أن الماوورى همجى نبيل لأن هذا المفهوم لا يضمن للمبشر أن يتم له إنجاز أى تحسن سوى ما هو قليل. والماووريون بالنسبة له برابرة تعساء فى حاجة ملحة إلى المسيحية الإنجلكانية(*). على أن وصفه للماوورى يؤكد أيضا على وجود

(*) المذهب البروتستانتى للكنيسة الإنجليزية. (المترجم) .

الكثير من الملامح الإيجابية، حيث إن وجود هذه الملامح يدل على أن الماووريين جديرون بالخلاص وأن المجهودات التى تبذلها الإرساليات التبشيرية لن تضيع هباء أما تجاوزات الأعداء التقليديين للإرساليات التبشيرية - أى التجار والمستوطنين العلمانيين - فهى مليئة بالأخطار الطبية بالنسبة للماوورى، وذلك بالفعل وبالإمكان. يدل على ذلك ما حدث من الإصابة بالعقم كنتيجة لإدخال الأمراض التناسلية.

أما تومسون فيكتب ليدافع عن شرف الإمبراطورية البريطانية. ورأيه عن الماووريين أقل إيجابية من رأى مارشال. فبينما ينادى مارشال بأن الهمج أقوى من الأوروبيين، يعتقد تومسون أن العكس هو الصحيح. فالرجل الأبيض أرقى من كل الجوانب. والاحتكاك بالمجتمع الأوروبى مفيد للماووريين، ليس فحسب أخلاقيا بل وأيضا بدنيا وذهنيا. وحفزهم بالمتاجرة معهم أبعد من أن يسبب مرضهم، وإنما هو يجعلهم أكثر صحة وبراعة. الأمراض التى أدخلت عليهم لم تسبب لهم العقم. وإذا كان الماووريون ينخفض عددهم فهذا بسبب استمرارهم على وثنيتهم وبربريتهم. وبكلمات أخرى، فإن هذه غلطتهم هم ولا يمكن إلقاء مسئوليتها على الأوروبيين عموما وعلى السلطات الإمبريالية البريطانية على وجه الخصوص. ولما كان المولدون ذوى قوى شديدة فإنه يترتب على ذلك أن السياسة الإمبريالية للدمج العرقى سوف تنجح فى النهاية.

هكذا، فإنه بالنسبة لسافيج لم يكن الماوورى فى حاجة إلى أى خلاص. وبالنسبة لمارشال وتومسون كان الماووريون مهيئين للخلاص بطرائق مختلفة. أما نيومان فهم بالنسبة له أبعد من أى خلاص. إنهم يفنون وما من شئ يمكن أن ينقذهم. وهو يقر بأن الأمراض الأوروبية قد أثرت تأثيرا ضارا بالماووريين، ولكن هذا ليس السبب الرئيسى فى تناقص عددهم. فهم عاجزون جبلّيا من الناحية العقلية والبدنية. وعددهم المتناقص لا يلام عليه - أى لوم - مجتمع المستوطنين الأوروبيين (الباكيها)، حيث إن هذا الانخفاض بدأ قبل بدء الاستيطان الأوروبى. والمولدون ليسوا على قوة شديدة، وبالتالى فإن الدمج غير ممكن وغير مطلوب.

والحقيقة أنه يمكن تفسير بعض الاختلافات بين هذه التوصيفات بناء على التغيرات التى حدثت للماووريين. وهكذا فعندما نلاحظ أن مارشال قد وجد أن أكواخهم تثير الإعجاب بينما لم يجدها تومسون كذلك، فإننا يمكن أن نتذكر أنه مع زيادة الطلب على الكتان، انتقل الكثيرون من الماووريين (الهابو) من أماكن سكناهم التقليدية، وبنوا لأنفسهم مزيدا من أماكن الإيواء المؤقتة الأقرب إلى أرض كتانهم. ولعل تومسون إذن كان يصف فعلا نوعا من بناء الأكواخ يختلف عما رآه مارشال ... وبالمثل فإنه يمكن للمرء أن يحدس بالفعل أن تأثيرات ما أدخل من الأمراض والكحول والفساد الاجتماعي قد جعلت بعض الماووريين يَبدون أقل إثارة لأى إعجاب واضح فى زمن نيومان على ما كان عليه الحال فى زمن سافيج أو مارشال. على أن اتباع خطوط كهذه لا يمكن له أن يبنى تفسيرا شاملا للاختلافات التى بين الصور الأربع. ما هو إذن التغير الذى حدث للماووريين بين ١٨٥٥ و١٨٨٢ ليقلل من شدة قوة المولدين على هذا النحو المثير؟ لماذا يسبب السيلان العقم للنساء الماووريات فى ١٨٣٤، ولا يسبب ذلك فى ١٨٥٥، ثم يسببه ثانية فى ١٨٨٢؟ لماذا كانت التجارة ضارة بالماووريين فى ١٨٣٤، ثم أصبحت أمرا ممتازا لهم فى ١٨٥٦، ولكنها لا تؤثر أى تأثير فى ١٨٨٢؟ لا توجد أى إجابات واقعية مُرضية بالكامل عن هذه الأسئلة وعن أسئلة كثيرة مماثلة. وليس أمامنا أى بديل سوى الموافقة على أن توصيفات مارشال وتومسون ونيومان هى مثل توصيفات سافيج، كما يختلف كل واحد منهم عن الآخر فى نقط لها أهميتها الخاصة بالنسبة للمطالب الملحة للجماعات التى يناصرون مصالحها السياسية، من حيث تزويدها بحجج تفنيدية أو لإضفاء الشرعية عليها. وهكذا فإن من المعقول أن نستنتج أن صور مارشال وتومسون ونيومان للماووريين قد صممت لتخدم غايات أيديولوجية.

وكما سبق نقاشه، فإن صور الماوورى كما يصفها هؤلاء الأطباء، يمكن تفسيرها بطريقة مشابهة تماما لتلك التى طبقها برنارد سميث على لوحات الصور المرئية لجنوب الهادى. يمكننا أن نأخذ مثلا لذلك من وصف سميث لعمل الفنان ويليام هودج فى رحلة

كوك الثانية. كان هودج قد تدرب على أسلوب المدرسة الكلاسيكية الجديدة فى رسم لوحات المناظر الطبيعية. على أنه أثناء فترة توظفه فى البحرية كان من الضرورى عليه أن يبقى فى ذهنه اهتمام الأسطول بالدقة الفائقة فى رسم خطوط السواحل وعلامات الحدود. وبالإضافة إلى ذلك فإن هودج كان أثناء وجوده على ظهر السفينة "ريزوليوشن"، فى صحبة رجال يهتمون اهتماما مهنيا بالغا بملاحظة الطقس والتأثيرات الجوية.

أنجز هودج لوحته "رأس الرجاء الصالح" وهو على ظهر السفينة "ريزوليوشن". وقد وفر هودج فيها ما يصفه سميث بأنه "تصوير طبيعانى أمين للظروف النمطية للطقس التى كانت تسود أثناء إقامة الحملة فى رأس الرجاء". وعلى الرغم من أن الصورة تحوى الكثير من الملاحظات الدقيقة، فإن سميث يلاحظ أن هودج لم يسجل على وجه الدقة ما رآه فى أى مثل واحد وحيد. وبدلا من ذلك فإن اللوحة تجسد تركيبا لما كانت عليه الظروف الجوية "النمطية" حول رأس الرجاء أثناء فترة مرور السفينة "ريزوليوشن". ومن الواضح أن هذا التركيب كان انتقائيا حيث إن اللوحة تعطى أهمية معينة لتأثيرات جوية لها أهمية خاصة عند زملائه البحريين. وقد صُورت طوبوغرافيا(*) رأس الرجاء الصالح على نحو دقيق، إلا أن من الواضح أنه قد استخدم فى الصورة رؤية معينة تم اختيارها لما فيها من إمكانات درامية. فقد رتبت التفاصيل المختلفة للتكوين فى مراعاة لتقاليد رسم المناظر الطبيعية بالأسلوب الكلاسيكى الجديد.

يمكننا أن نقر بأن لوحة "رأس الرجاء الصالح" نتاج عملية رصد حريص حسب المذهب الطبيعانى. على أنه لو كان هودج بصحبة جيولوجيين بدلا من البحارة، أو لو أنه كان موظفا مثلا عند جمعية للشلالات بدلا من البحرية، فإنه كان سيرسم صورة أخرى، تحوى مجموعة أخرى من الملاحظات. صور هودج النهائية قد بنيت على أساس

(*) الطوبوغرافيا: الوصف أو الرسم الدقيق للسمات السطحية لموضع أو إقليم، وتشمل المرتفعات والأودية والبحيرات والأنهار والطرق والجسور وما إلى ذلك. (المترجم).

تدريبه كواحد من أتباع المذهب الكلاسيكى الجديد، وعلى التذوق المعاصر لما هو درامى فى لوحات المناظر الطبيعية، وعلى حاجته إلى إرضاء اهتمامات من يوظفونه بالنسبة للرسم الطوبوغرافى والرصد الجوى الدقيقين. وبكلمات أخرى فإن اللوحة نتاج للتفاعل بين العالم الخارجى ومهارات هودج والتزاماته المهنية. اللوحة قد ركبت بحيث تخدم مصالح هودج لاكتساب الشهرة كمصور للمناظر الطبيعية، ولإرضاء قائده فى السفينة "ريزوليوشن" ومن وظفوه فى لندن.

يمكننا بالمثل أن نقر بأن آراء مارشال وتومسون ونيومان حول الماووريين نتاج الملاحظة الإمبريقية لمادة موضوعهم. ونحن عندما نشير إلى درجة اتصاف صورهم بأنها تقليدية وأيديولوجية، فإننا لسنا بحاجة إلى إلقاء الشك على دعوى تومسون بأنه قد قاس جماجم الماووريين، أو على دعوى نيومان بأنه جمع الأدلة من عدد كبير من زملائه الأطباء. والأولى أننا يمكننا أن نعتبر أن عملية الملاحظة الإمبريقية هى وتجميع البيانات كانت عملية انتقائية. ويمكننا أن نرى أن العملية الإبداعية لإنتاج نص علمى، إنما يتم بناؤها بواسطة افتراضات ومفاهيم ثقافية مسبقة عن طبيعة الماووريين وبواسطة اهتمامات كل مؤلف باحتياجات ومصالح جمهور معين. ومن الواضح أن نيومان كان يهتم بوجه خاص بالأدلة الطبية التى تدل على أن الماووريين كانوا منحطين ويعانون من تناقص عددهم، وبالتالى فإنه زاد من إبراز الأدلة التى من هذا النوع، بمثل ما قام هودج بدراسة سقوط الضوء على البحر ليجعل من ذلك ملمحا بارزا فى لوحة "رأس الرجاء الصالح". وهكذا فإن الأدلة الطبية غير المتحيزة قد خدمت مصالح نيومان مثلما خُدمت مصالح هودج بتصويره للتأثيرات الجوية. وكما أن هودج قد اختار تصوير منظر لرأس الخليج يجسد مبادئ الكلاسيكية الجديدة، فإن مارشال بمثل ذلك تماما قد اختار أن يفهم عقم نساء الماووريين بلغة لا تتحيز للأوروبيين، واختار نيومان أن يفسر نفس الظواهر بلغة لا تتحيز للماووريين. فالصور الطبية عن الماووريين هى تركيبات ثقافية لا تعبر عن الحقيقة الإمبريقية نفسها، وإنما تعبر عن علاقة معينة بين الحقيقة وراصد معين.

وكما سبقت الإشارة اليه، فإنه يمكننا أن نجد توازيا مباشرا بين الاستخدام الاجتماعى للمعرفة الطبية وبين الاستخدام الاجتماعى للمؤسسات الطبية. وكما أن جداول العمل السياسية المختلفة قد أنتجت صورا مختلفة عن الماووريين فقد كان هناك، بما يماثل ذلك، أهداف سياسية مختلفة تقام من أجلها المستشفيات. فبالنسبة للمبشرين، كانت مستشفيات الأهالى أدوات للبر المسيحى والهداية المسيحية. وبالنسبة للحاكم جراى ولوزارة المستعمرات كانت المستشفيات أدوات للدمج العرقى. وعلى نحو متباين كانت مستشفيات الأهالى بالنسبة للكثيرين من ساسة المستوطنين لاتخدم مطلقا أى هدف مفيد. وبالتالى، فإن المعرفة الطبية مثلها مثل المؤسسات الطبية كانت أدوات لها أهميتها الاجتماعية والسياسية. فالمعرفة الطبية كانت المكافئ الثقافى للمعدات والأسلحة واللوحات المرئية، والمؤسسات الاجتماعية التى هيأها الأوروبيون وابتكروها لإنجاز مهام متنوعة فرضها عليهم إسهامهم فى التوسع الإمبريالى.

يبدو أن مؤرخى نيوزيلندا فى القرن التاسع عشر ظلوا لسنين كثيرة وهم يكتبون حسب الانطباع، بأن الأطباء والعلماء هم على نحو ما فوق النزاعات، وبالتالى فإن شهادتهم لا تحتاج إلا إلى أن يؤخذ فى الاعتبار الافتراضات الموجودة عموما وقتها، وبعدها يمكن استخدامها لتبصرنا بما حدث بالفعل فى الفترة موضع الدراسة. والحقيقة أن هذه الأمثلة السابقة تبرهن على أن الحال كان على العكس تماما. فالأدلة الطبية محملة بتضمينات عن الجوانب الحاسمة فى السياسة الاستعمارية بالقرن التاسع عشر. وكان الأطباء على وعى بذلك فالتمس بعضهم توفير المصادر لإضفاء الشرعية على جماعات المصالح السياسية. وبالتالى، فإن المعرفة الطبية كانت أبعد من أن تكون محايدة جوهريا أو بالضرورة، وإنما كثيرا ما كانت تتسم بأنها أيديولوجية بل ومتحيزة تماما تحيزا ضيق النظرة.

حدث مؤخرا أن أخذ بعض مؤرخى نيوزيلندا ينظرون إلى المعرفة العلمية والطبية بالقرن التاسع عشر، فى ضوء يتصف بأنه تاريخى على نحو أشمل. أكمل وأحدث

نقاش عن دور الأفكار العلمية فى الآراء العرقية الاستعمارية بالقرن التاسع عشر، نجده فى دراسة لجيمس بيليتش فيها مراجعة مقنعة لحروب الماووريين. ويشير بيليتش إلى أن المعرفة العلمية كان لها دوران فى العلاقات بين المستوطنين الأوروبيين والماووريين فى العهد الفيكتورى. أحدهما هو كجزء من الخلفية العامة للأفكار التى تفترض مسبقا انحطاط الشعوب غير الأوروبية. والدور الثانى دور أكثر نشاطا. يصور بيلتش أفراد الشخصيات الفاعلة فى نيويلندا فى القرن التاسع عشر وهم يحشدون الأفكار العلمية فى جدلهم وفى خطابهم. وبالإضافة إلى ذلك فهو يميز وجود محاجات معينة عند جماعات خاصة، وفى أوقات وأماكن خاصة. وبالتالى فإن بيليتش يلاحظ كيف أنه مع زيادة سوء العلاقات فى منتصف القرن التاسع عشر، بدأت تشيع الصور غير المتحيزة للماووريين مدعومة بخطاب الداروينية الاجتماعية(*).

المقال الحالى يصادق بقوة على رأى بيليتش بأن المعرفة الطبية قد استخدمت عمليا وانتقائيا لدعم مواقف سياسية معينة. على أن الرأى الذى يطرحه هذا المقال عن المعرفة العلمية يتصف بدوره بأنه أكثر عملية. فهو يجادل بأن المعرفة العلمية عن نيوزيلندا فى القرن التاسع عشر من الأفضل أن ينظر إليها ليس فحسب كجزء من خلفية للأفكار، ولا على أنها فحسب كيان من مصادر لحجج تفنيدية، وإنما أيضا كشئ قد تم صنعه عمليا وحشده بواسطة شخصيات فاعلة تاريخية ليخدم أهدافا ثقافية مختلفة.

إحدى المزايا الرئيسية للدراسة الحالية أنها تبرهن على أن الصور الطبية عن الماووريين أضفت شرعية، ليس على اتجاه واحد فحسب، بل على اتجاهات عديدة من إمبريالية القرن التاسع عشر. وحقيقة أن الصور المتنوعة تختلف الواحدة منها عن

(*) الداروينية الاجتماعية، تطبيق سياسى لنظرية بيولوجية على المجتمع البشرى، وهى النظرية القائلة بأن تطور الكائنات الحية يؤدى إلى بقاء الأصلح. ويستغل الاستعماريون والساسة هذا التطبيق لإضفاء الشرعية على ما يوجد فى المجتمع البشرى من تفاوت صارخ فى الثروة والسلطة. (المترجم).

الأخرى بطرائق لها مغزاها سياسيا، تدلنا على الحاجة إلى أن ننظر إلى هذه التوصيفات على أنها قد ركبت عمليا بحيث تخدم مصالح اجتماعية. الخلفية المعاصرة من الأفكار، أو "الأيديولوجية الكلية" كما يسميها بيليتش، تعد أداة تفسيرية جد ضعيفة بحيث تعجز عن تفسير التمايزات الخاصة بين وجهات النظر المختلفة. والحقيقة أن وجود أيديولوجية كلية للسيطرة الأوروبية يمكنه فحسب أن يفسر أوجه الشبه بين أراء الشخصيات الفاعلة التاريخية وليس أوجه الاختلاف بينها. كما أن محتوى نصوص سافيج أو مارشال أو تومسون أو نيومان لا يمكن تفسيرها تفسيرا وحيدا فحسب، بلغة من عملية الانتقاء من المدى الكلى للمصادر العلمية بالمدن الحواضر، وهو مدى كان متاحا للشخصيات الفاعلة فى نيوزيلندا، على أن الاستعارة من هذه المصادر كان لها بلا شك أهميتها. ومن الواضح مثلا أن الكثير من أوجه الأصالة والإبداع الاستعماريين قد دخلت فى صنع كتاب تومسون "قصة نيوزيلندا".

إننا لنأمل فى أن إدراك الطبيعة الاجتماعية العملية لصور الماوريين هذه، سوف يعمل كترياق مضاد للآراء المثالية السلبية عن دور المعرفة العلمية فى نيوزيلندا فى القرن التاسع عشر. أتى بويد بعد بيليتش ليكتب مؤخرا أن "توتر العلاقات العرقية فى نيوزيلندا، من حوالى سنة ١٨٥٠، قد أرجع إلى تأثير الداروينية الاجتماعية، كما أرجع إليها أيضا أسطورة أن الماوريين كانوا عرقا يموت. ويطرح هذا المقال أن التفسير الصحيح هو بالضبط عكس هذا التفسير. فتوتر المواقف العرقية هوالذى خلق رواج النزعة للداروينية الاجتماعية وجعل من الماورى همجيا يموت. والشخصيات الفاعلة الاستعمارية لم يكن أفرادها بالسذج، كما أنهم لم يكونوا بالكامل كائنات تنتمى لثقافة المدن الحواضر. أيا ما كان الحال، فإنه يجب أن ننسب لهم الفضل فى أنهم قد استنبطوا أشكال المعرفة الخاصة بهم، لتساعدهم على التوصل إلى غاياتهم الخاصة الإمبريالية والاستعمارية المتميزة جد التميز.

الفصل الخامس

أوبئة مرض النوم(*) والصحة العامة في الكونغو البلجيكي

مارينيز ليونز

كانت القوى الاستعمارية تعتبر عموما أن برامجها في الطب والصحة العامة، تعد شكلا من التعويض عن أوجه الضرر التي سببها استعمارها للشعوب الأفريقية. وبحلول السنوات المبكرة من أربعينيات القرن العشرين كان البلجيكيون يفاخرون بخدماتهم الطبية الاستعمارية في الكونغو، التي اعتبروها ملمحا بارزا من "مهمة نشرهم للحضارة". وتاريخ الخدمات الطبية في الكونغو يرتبط ارتباطا وثيقا بالحملة بمقاومة وباء مرض النوم مبكرا في هذا القرن. وقد شكلت هذه الحملة الأساس لبرنامج من الصحة العامة، كما شكلت أيضا الأساس لإنشاء الخدمات الطبية، ذلك أنها كانت أول جهد حقيقي يبذله الأوروبيون لمعالجة الشئون الصحية للأفريقيين، الأمر الذي يماثل ما حدث في الكثير من المستعمرات الأفريقية.

في أعقاب اكتشاف البريطانيين في ١٩٠١ لوجود وباء خطير من مرض النوم في أوغندا، وجه ليوبولد ملك بلجيكا الدعوى إلى مدرسة ليفربول لطب المناطق الحارة التي كانت قد أنشئت حديثا لتفحص ولايته الحرة الكونغولية. وكان ليوبولد، وقد

(*) مرض النوم مرض وبائي في غرب أفريقيا يبدأ بحمى وصداع شديدين وتضخم في الغدد الليمفاوية خاصة في العنق، وعندما يتمكن المرض من الجهاز العصبي المركزي فإنه يؤدي إلى الهزال واضطرابات عقلية وإحساس بالخمول والنعاس وينتهي بالوفاة. والمرض ينتقل عن طريق لدغ نوع معين من الذباب. (المترجم).

نبهه خطر المعدل العالى للوفيات فى أوغنده المجاورة، يخشى أن يحدث انهيار سكانى فى ولاية الكونغو الحرة يؤدى إلى فشل استغلالها اقتصاديا. كانت الممارسات العنيفة لموظفى ولاية الكونغو الحرة قد أدت بحلول ١٩٠٢، عام الدعوة التى وجهت إلى مدرسة ليفربول، إلى أن أثارت دوليا السخط والإدانة لهذه الممارسات. انزعج ليوبولد جد الانزعاج لما أصاب صورته من تلوث، وتبين له أن الاستجابة العاجلة لوباء مرض النوم الذى يحتمل وقوعه فى المنطقة قد تساعد على تحسين سمعته. منذ البداية كانت هناك علاقة بين توفير الخدمة الطبية للكونغوليين والاعتبارات الاقتصادية والسياسية. حدث بعد ذلك أن استولت الحكومة البلجيكية على سلطة إدارة الكونغو بدلا من ليوبولد، وإذا كانت هذه الحكومة قد حاولت أن تتجنب المزيد من سوء التعامل الإدارى فقد ظل توفير الخدمات الطبية أمرا وثيق الصلة بالأهداف الاقتصادية والسياسية.

وإذ أعلن باحثو ليفربول أن المرض يتفشى كوباء فى بعد مناطق ولاية الكونغو، فقد نصحوا ليوبولد باتخاذ إجراءات عاجلة لحماية المناطق التى اعتبروا أنها لم تصبها العدوى بعد - مثل المنطقة الشاسعة فى الشمال الشرقى، التى عرفت فيما بعد باسم (الإقليم الشرقى). وسرعان ما بدأ بعد ذلك "إعمال الإجراءات الطبية" بالنسبة للكونغوليين، وذلك فى حملة على مرض النوم طرح للسكان من خلالها على نحو منهجى، فكرة أن الأطباء الأوروبيين هم ووسائل تطبيبهم لديهم الحل لمشاكل الاعتلال صحيا. وظلت الحملة البلجيكية تزداد إتقانا وصقلا عبر الزمن حتى أصبحت بحلول الثلاثينيات، تشكل القلب من برنامج الصحة العامة للمستعمرة. على أنه كما لاحظ أحد الإخصائيين فإن "الحملات الاستعمارية المختلفة ضد مرض النوم أصبحت روتينية... نوعا من رد الفعل المنعكس الشرطى، بل وأصبحت حتى وكأنها تثبيت للفكر، الأمر الذى نتج عنه أن أصبحت كل حالات الوباء تقاوم بأسلوب نمطى مقولب، دون أى تساؤل عما إذا كانت الوسائل المختلفة قد تختلف فى أفضليتها من منطقة لأخرى.

الصراع: الحملة ضد مرض النوم

كانت الحملة الطبية ضد مرض النوم تجرى على جبهتين يشير إليهما البلجيكيون على أنهما الجبهة "الطبية" والجبهة "البيولوجية". الجبهة الأولى تشمل كل الأوجه الطبية الخالصة مثل تأسيس الهيئة العاملة من الأوروبيين والأفريقيين وتدريبها؛ وإنشاء بعثات طبية سنوية متنقلة أصبحت بحلول ١٩٣٠ تقوم بفحص ما يقرب من ثلاثة ملايين فرد؛ والعمل تدريجيا على إنشاء شبكة من المستشفيات والعيادات الريفية وخاصة فى الإقليم الشرقى؛ وإجراء الأبحاث على المرض والوسائل الممكنة للشفاء منه. أما الجبهة الثانية "البيولوجية" فهى أساسا جبهة إدارية تتضمن تنفيذ إجراءات الصحة العامة التى تهدف إلى التحكم فى وقوع المرض وانتشاره. وكثيرا ما كانت الإجراءات التى تنفذ على هذه الجبهة هى محاولات مبكرة من "الهندسة الاجتماعية"، تجرى من خلال إعادة تنظيم المجتمعات الأفريقية وإعادة تشكيلها والعمل على التحكم فيها. معالم هذه الجبهة هى تعيين المناطق التى أصيبت بالعدوى والتى لم تصب بها، ورسم خريطة لها وتكوين "حزام صحى" يهدف أساسا لحماية المناطق التى لم تصب بالعدوى مثلما فى أجزاء كبيرة من الشمال الشرقى؛ وكذلك عزل الأفراد الذين أصابتهم العدوى فى أحد المحاجر الصحية الخاصة، أو فى مخيمات للعزل، يحدد موضعها على أطراف المناطق التى لم تصبها العدوى؛ ثم العمل على إعادة تجميع السكان الأفريقيين وتغيير أماكن إقامتهم وذلك كجزء من برنامج عام، كان البلجيكيون يأملون منه أن يحلوا معا فى نفس الوقت مشاكل الصحة العامة والمشاكل السياسية والاقتصادية؛ وأخيرا فهناك ما لا حصر له من الإجراءات الإدارية التى وضعت لتنظيم الأنشطة الأفريقية من أجل التحكم فى وقوع مرض النوم وانتشاره.

اعتبر المرض بمنزلة عدو فعال تعمل الإدارة البلجيكية الاستعمارية على محاربته فى هاتين الجبهتين. كانت إدارة ولاية الكونغو الحرة فى أغلبها إدارة عسكرية ولم تأخذ فى التغير إلا فى ١٩٠٨، تغيرا تدريجيا بعد أن تحولت ولاية الكونغو من ولاية يحكمها

ليوبولد إلى مستعمرة بلجيكية(*)، ومن الطبيعى تماما أن هذه الإدارة العسكرية كانت فى غالبها تتصور المعركة ضد مرض النوم على أنها حملة عسكرية، سميت "الصراع". مرض النوم، أو العدو، يجب العمل على عزله وإحاطته بحزام فاصل واحتوائه والتخلص منه. هذا وقد تم اكتشاف العوامل المسببة للمرض فى ١٩٠٣ - ١٩٠٤، وهذه العوامل التى يؤمن الأوروبيون بأنها تسبب المرض هى التريبانوسوما(**) وذباب التسيتسى(***)، والتى أصبحت بعد اكتشافها الأهداف التى يمكن توجيه الهجوم عليها. لم يكن لدى السلطات الاستعمارية أدنى شك بالنسبة لوسائلها فى الهجوم، حيث كان يدعم هذه السلطات الدعوى بأن العلم الأوروبى بما فيه من طب وتكنولوجيا فائقين سوف ينجح فى هذا الأمر، الذى ظلت المجتمعات الأفريقية تتخبط فحسب فى شأنه. على أى حال فإنه حسب ما يقوله أحد المديرين الطبيين فى ١٩٤٣ "نحن نعلم كيف كانت معرفة السكان المحليين بشئون الصحة معرفة بدائية لا جدوى منها".

والأمراض، مثلها مثل الأفريقيين المتمردين يجب إجبارها على الإذعان. أحست السلطات الاستعمارية الجديدة أنها عندما تحمى من العدوى أولئك الناس الذين سيصبحون فى المستقبل من عمالها ودافعى الضرائب لها، فإن ذلك فيه ما يبرر تماما محاولتها تأكيد تحكمها بالكامل. كان المعلم الرئيسى للفترة المبكرة من الحملة ضد مرض النوم هو "الحزام الصحى" الذى يعكس طبيعة نزعة الهيمنة الأبوية لسياسة

(*) كان الكونغو فى أول الأمر ملكا خاصا للملك ليوبولد يديره لمصلحته الخاصة ويسمى ولاية الكونغو الحرة، ثم تحول إلى مستعمرة ملك الحكومة البلجيكية التى تديره لمصلحة القطر البلجيكى كله وليس لمصلحة الملك. (المترجم).

(**) طفيليات مجهرية دقيقة الصغر حجمها تقريبا ١٠×٥ ميكرون (جزء من ألف من المليمتر) وتسبب مرض النوم. (المترجم).

(***) هو نوع من الذباب ينقل بلدغته طفيل التريبانوسوما من الحيوان أو الإنسان المصاب إلى الأصحاء. (المترجم).

الاستعمار البلجيكى، حيث الأولويات الصحية فيها تشكل جزءا من عملية تبرير أساليب الهندسة الاجتماعية. كانت هذه السلطات تحس بأن المجتمعات الأفريقية مثلها مثل الطبقات العاملة فى أوروبا، يجب أن يتم التحكم فيها لحمايتها هى نفسها. على أنه كان ثمة فارق حاسم من حيث مدى الإجراءات الممكنة فى الظروف الاستعمارية، حيث يمكن أحيانا ممارسة درجة من التحكم الاجتماعى لا يمكن تصور ممارستها فى المدن الحواضر (المتروبول). وهكذا صدق المشرعون على كمية غزيرة من القوانين التى كانت تصدر معا عن بروكسل وبوما عاصمة الكونغو، وهى قوانين كان يفرض تنفيذها رجال الجيش والشرطة. وتم فى نفس الوقت توجيه البنية التحتية الطبية المتنامية من الأفراد والمنشآت والإجراءات، من أجل تحديد مكان كل المصابين بالتريبانوسوما وعزلهم والتعامل معهم.

الحزام الصحى والعزل: ١٩٠٣ - ١٩٠٩

بدأت حملة مرض النوم رسميا يوم ٥ مايو ١٩٠٣، عندما أعلن نائب الحاكم العام أن عزل ضحايا المرض هو "الإجراء الوقائى الرئيسى الذى يجب اتخاذه من أجل الحد من انتشار المرض". وأثار أحد الأطباء "السؤال الحساس" عما يجب عمله بشأن عائلات ضحايا المرض. هل ينبغى عزلهم أيضا؟ إلا أنه أضاف متسائلا: أنه باعتبار "ما عند الأفريقيين من إهمال ولا مبالاة بالشئون الصحية، كيف سنتمكن من التوصل إلى إجراءات فعالة لترقب حالات المرض؟ وبينما ذكّر الطبيب الحاكم العام بأنه أثناء وباءى الكوليرا والطاعون الحديثين فى آسيا الصغرى وبلاد العرب، أصابت العدوى أكثر من ميناء فى البحر المتوسط بالرغم من "الحزام الصحى"، فإنه قال مفسرا: إنه يخشى من أن الكونغوليين سيظهرون، مثل الشعوب الشرقية، "نفس الكراهية لكل الإجراءات الصحية، التى لها اعتبارها فى الحضارة الغربية "، وأن هذا فيه ما يمنع تأسيس "حزام صحى"، ناجح.

هذا وقد أعطيت التعليمات للموظفين المحليين وكذلك لكل المنظمات الدينية والخيرية فى الولاية، لاستقصاء الأمور فى القرى التى فى موقعهم المحلى وأن ينبهوا زعماء الأهالى إلى الإجراءات التى عليهم اتخاذها. كانت هذه الإجراءات تتضمن بالطبع عزل الضحايا على مبعدة من القرية وحرق أكواخهم، وكذلك تدمير كل الملابس والأدوات المنزلية لمن يموتون بالمرض. لم يكن هناك أى تعليمات عن الطريقة التى يتم بها إنجاز هذه الأهداف (حتى عندما يكون من المتاح وجود مترجمين، مناسبين للغات)، كما لم يكن يجرى أى نقاش حول إمكان وجود ما يتعلق باختلافات ثقافية بين المجتمعات الأفريقية، وعلى وجه الخصوص كيف تؤثر هذه الاختلافات فى الأفكار المحلية لطريقة تناول المرض.

تم فى ديسمبر ١٩٠٥ زيادة فى تنظيم الحملة منهجيا بأن صدرت توجيهات رسمية لكل إدارات الموظفين الاستعمارية. فحرم تحريما صارما انتقال الأفراد المصابين بالعدوى "فيما عدا" انتقالهم إلى المحجر الصحى حسب أوامر الطبيب. وكان من المعتقد أن فى استطاعة أى فرد أن يتبين بسهولة وجود الغدد المتضخمة، خاصة الغدد العنقية التى فى القفا، والتى كانت تعد العرض الرئيسى للعدوى. بناء عليه صدرت التعليمات للموظفين بأن يرسلوا فى التو من يشتبه فى أنهم ضحايا للمرض إلى أقرب مركز طبى، حيث يمكن فحص السائل الليمفاوى والدم تحت المجهر بحثا عن وجود برهان على العدوى. على أنه يجب عدم إرسال أى ممن يشتبه فى مرضه تحت "أى" ظرف إلى منطقة غير ملوثة بالمرض. وإذا اضطر ضحايا المرض إلى استخدام النقل النهرى للوصول إلى المحجر الصحى، "فإنه (يجب) وضعهم فى أقفاص متنقلة تحاط من كل جانب بشبكة دقيقة من السلك" حتى تمنع ذباب التسيتسى من لدغهم ونشر المرض.

لم يحدث أى تغيير له أهميته فى سياسة العمل بين ١٩٠٢ ومنتصف ١٩٠٦، حيث إنه لم يكن هناك أى علاج متاح، ولما كان مرض النوم دائما مرضا قاتلا، فإن الإجراء العملى الوحيد كان العزل الكامل لكل من يشتبه فى أنهم من ضحايا المرض. على أن

الموقف تغير تغيرا عظيما فى ديسمبر ١٩٠٦، حيث صدرت تنظيمات جديدة بشأن مرض النوم كنتيجة لظهور دواء الأتوكسيل وهو أحد مركبات الزرنيخ. ولهذا الدواء قيمته للضحايا فى أول أطوار المرض أثناء وجود الطفيليات فى أطراف جهاز الدورة الدموية. وكان يظن خطأ أنه يمكن أن يحدث الشفاء فى فترة من أربعة إلى ستة أسابيع، وبالتالى كان يجرى فحص فرزى منتظم لتعيين الحالات المشتبه فيها. على أن بعض الأطباء كانوا ينفرون من استخدام الأتوكسيل، فقد اعتبروه دواء خطرا حتى بين أيدى المتخصصين.

الترقب(*) والبحث

بناء على ما سبق فإنه إبتداء من ١٩٠٦ تحول الأمر إلى التشديد على استخدام الدواء الجديد. وبالتالى فقد أصبحت صيحة المعركة فى هذه الحملة هى "الترقب المتواصل" للحالات مع التعاون الكامل من كل الأوروبيين. لم يكن تحديد ضحايا المرض فى أطواره المتقدمة صعبا صعوبة العثور على الضحايا فى الأطوار الأولى من المرض، الأمر الذى أصبحت له الأولوية الجديدة. وكان يعتقد أن مرضى الأطوار الأولى هؤلاء أكثر نقلا للعدوى، كما أنهم أيضا أسهل فى علاجهم. وهكذا بذلت الجهود من أجل تعليم افراد السلطات الأفريقية طريقة البحث عن الغدد المشتبه فى أمرها، وطلب منهم التبليغ عن الحالات المشتبه فيها توا. وكان من المعتقد أيضا أن من الضرورى أن يفهم الأفريقيون دور ذبابة التسيتسى فى نشر العدوى، وأعطيت للإداريين توجيهات عن طريقة التعرف على الذباب وإقناع زعماء الأهالى بأهمية تطهير قراهم من كل الأدغال التى تأوى إليها ذبابة التستسى.

(*) الترقب أو الترصد مصطلح فى الصحة الوقائية بمعنى وضع الأفراد الذين يتعرضون للعدوى تحت الرقابة لرصد بدء إصابتهم بالعدوى إن حدثت. (المترجم) .

شكك بعض أطباء الولاية فى جدوى سياسة العزل كإجراء شامل. وكما يفسر أحد الأطباء الأمر فى ١٩٠٥ فإن هناك أفريقيين كثيرين جدا عندهم غدد متضخمة، بحيث إن عزلهم كلهم سيكون أمرا مستحيلا بسبب نقص الأفراد اللازمين لذلك. ليس هذا فحسب، بل إن هذا أيضا سيؤدى إلى شلل فى التجارة. وحسب رأى هذا الطبيب فإنه "لايمكن للمرء الحجر على أناس ليس لديهم أعراض مرضية " سوى تضخم الغدد. كما أنه كان لديه المزيد من الشكوك بشأن مدى أخلاقية أن تنتهك الحرية الفردية بمثل هذه السياسة الجائرة. ومع كل، فإنه يشير إلى أن الأفراد المصابين بمرض السل المعدى فى أوروبا، يسمح لهم بالاحتفاظ بحريتهم حتى إن كان الجمهور ككل يتعرض لخطر العدوى.

وأبدى أطباء آخرون أيضا القلق بشأن مشروعية علاج المرضى ضد إرادتهم. وفى ١٩٠٧ رد مدير الشئون القضائية على الأسئلة المتشككة لأحد أطباء الولاية بأن أيد فى حزم قيام الولاية بالعلاج الإجبارى، وإن كان ذلك مصحوبا ببعض التحفظات. أعلن أن حكومة الولاية ليست صاحبة الحق فحسب فى اتخاذ الإجراءات الضرورية، لمنع انتشار الأمراض المعدية القابلة للانتقال، بل إن هذا أيضا التزام عليها. وجادل بأن من المرغوب فيه احترام الحرية الفردية بقدر الإمكان، ولكن حكومة الولاية، وليس أفراد الأشخاص، هى التى عليها أن تتخذ القرارات بشأن أفضل الوسائل لمحاربة أى وباء. يصدق ذلك حتى على البلاد التى تضمن حقوقا دستورية للأفراد، حيث يضحى بالفرد فى سبيل متطلبات شئون الأمن العام أو الصحة العامة. على أنه فيما يتعلق بمسألة حق حكومة الولاية فى فرض علاج قد يسبب أحيانا فقدان البصر، فإن مدير الشئون القضائية كان يعتقد أن علاجا كهذا سيكون غير إنسانى، وأن إعطاءه للضحايا غير الراغبين فيه أمر يتنافى مع المبادئ الأولية "للقانون الطبيعى". وإذا ثبت أن فقدان البصر هذا أمر ينتج عند كل من يتعاطى هذا العلاج، فإنه لا يمكن استخدام العلاج إلا بموافقة من ضحية المرض الذى يجب إنذاره مقدما بخطر العلاج.

• مثلث • الحزام الصحي

لعل أهم معالم قانون ٥ ديسمبر ١٩٠٦ هو "الحزام الصحى" الذى فرض حول منطقة أويل فى شمال الكونغو، وهى منطقة يبلغ اتساعها حوالى ٣٠٠ ألف كيلو متر مربع. تم إنجاز ذلك بواسطة استخدام سلسلة من المحاجر الصحية تقع على أطراف المنطقة. وتم بين ١٩٠٧ و١٩١٠ إنشاء الأماكن الرئيسية للحجر الصحى ومراكز المراقبة فى مراكز لحكومة الولاية، فى إيبمبو وبارمبو وستانلى فيل وأبا وباكوما. وبحلول ١٩١٢ كان هناك أربعة عشر مركزا للمراقبة خلال كل المستعمرة، وذلك مع تحديد المناطق الوبائية الرئيسية على أنها فى حوض سيمليكى وفى كيفو وحوض كويلر وفى كدانجو، وتقع كلها فى الجنوب والغرب من الإقليم الشرقى.

يصف لنا إينج هاييرج المبادئ الأساسية لنظام الحجر الصحى، وهاييرج هو أول مدير للحجر الرئيسى للشمال الذى يقع فى إيبمبو. وهو ينصح بأن يكون موضع مخيمات العزل على حدود المناطق الملوثة، بدلا من أن تكون داخلها، ويؤكد على أن الانتقالات التى يسببها تجنيد العمال من المناطق المصابة بالعدوى لها تأثيرها الكبير فى نشر المرض. وكل تجنيد للعمال يجب أن يصحبه فحص طبى دقيق يجب تكراره على طول طرق الانتقال، وهذا فى الواقع يشكل "غربالا" للإمساك بضحايا مرض النوم. يصف هايبرج أيضا الطريقة التى يجب بها إجراء دورة بحث للإيقاع بكل المشتبه فى أمرهم. فيجب أن يبدأ الطبيب من أبعد نقطة عن مركز المنطقة، وهو بهذه الطريقة "سيكسح أمامه كالصياد" كل المشتبه فيهم ويقذف بهم من خلال مركز المراقبة أو "مفتاح" المنطقة.

لايكاد يدخل ضحايا المرض فى المحجر الصحى حتى يتلقوا حقن الأتوكسيل، وتجرى لهم فحوص دورية، يجب إثباتها بحرص فى السجلات. العزل يتراوح بين "الحبس الكامل" وبين وضع الضحايا تحت رقابة غير مقيدة نسبيا. كان هايبرج يشعر بأن الاحتجاز بأسلوب السجون هو الأمر المفضل إداريا بالنسبة للأوروبيين والأفريقيين

معا. فالواجبات والحدود هنا واضحة والنظام العام لا ينتهك، "إلا ربما في لحظة احتجاز أحد ضحايا مرض النوم". لا يمكن أن يحدث التقاء لأحد ضحايا المرض مع الجنود أو الأهالى الأفريقيين، وأهم من ذلك أنه يجب ألا تجد الأسلحة طريقها لداخل المحجر الصحى. ويضيف الطبيب قائلا: "وعلى كل، فإن العزل هو ما يصنع المحجر الصحى". على أنه كان يرى أيضا أن هناك بعض المساوئ فى نظام العزل بأسلوب السجون، الذى يتطلب "ترقبا نشطا حازما" وإجراءات أخرى صارمة. المشكلة الرئيسية هى الوجود الدائم للتهديد بالتمرد، وبالتالى فإن هايبرج يفضل المحاجر الصحية الأكثر تحررا وانفتاحا، ويحتفظ بالعزل الصارم للحالات التى تكون حقا حالات متقدمة أو مستعصية.

لم يكن يسمح رسميا لعائلات المرضى بأن تزورهم فى المحاجر، إلا أن الأهل كثيرا ما كانوا يرافقون ضحايا المرض ويحاولون البقاء معهم. وفشل البلجيكيون فى فهم أهمية هذا الجانب الاجتماعى من استجابة الأفريقيين لاعتلال الصحة وطريقة تناول المرض، ونشأ عن فشلهم هذا صراع وفر للمؤرخين مجالا غنيا للأبحاث. كان مما يحدث كثيرا جدا فى أيام الكونغو المبكرة. أن يظهر الإداريون جهلهم بالممارسات الأفريقية الاجتماعية والطبية. على أنه كان يحدث أحيانا أن تجد الاهتمامات الإنسانية طريقها لاختراق الأمور، كما حدث فى ١٩٠٧ حيث كان ثمة رجل بالغ الحساسية يدير إحدى المناطق، وتوجه بخطابه إلى الحاكم العام قائلا له: "أود أن أعرف إذا كان يمكن لعائلات المرضى أن تعيش فى المركز، وإذا كان يمكن أن توفر لهم الولاية الإمدادات اللازمة لهم، ذلك أنه يحدث كثيرا عند دخول واحد من أعضاء الأسرة إلى المستشفى أن يكون الأعضاء الآخرون غير راغبين فى تركه وحده. وسيكون من القسوة طردهم بعيدا".

ومشكلة مصاحبة الأهل تكشف لنا أيضا عن طريقة البلجيكيين فى تناول "شئون الأهالى" تناولا يلتزم بحرفية القانون أقصى الالتزام. وكمثل، فإن طبيب المحجر الصحى ستناتلى فيل يسأل فى ١٩٠٧، عما إذا كان ينبغى عليه أن يعيد الزوجات

"الشرعيات" لضحايا المرض إلى قرى موطنهم، مبينا أن هذا لن يتم فعله إلا بعد التأكد من شرعية زواجهن، وأن زوجة واحدة فقط سيعتبر أن لها وضعها الشرعي.

ينبه هايبرج إلى أن من أكثر الأمور أهمية أن يعامل المرضى بعطف وود وتساهل. يجب إطعامهم بعناية. وينصح بأن من الأفضل السماح للناس بأن يعيشوا فى مجموعات صغيرة تتشابه ثقافيا – "بأسلوب القرية" – مع تعيين رقيب أو عريف سابق من "القوات العامة" كرئيس للجماعة. وينبغى ألا يتدخل الأطباء والإداريون سوى أقل تدخل ممكن فى النزاعات الداخلية بين الأفراد.

الاضطرابات فى المحاجر الصحية

بحلول عام ١٩١٠ أصبح من الواضح أن نظام العزل التام بأسلوب السجون، يعانى من الصعوبات، وإن كانت المشاكل الخطيرة قد ظهرت فى التو تقريبا عند تطبيق سياسة عمل ١٩٠٥ – ١٩٠٦ فسرعان ما تبين أطباء الحجر الصحى أنه على عكس الآمال المبكرة فإن الأتوكسيل لم يشف إلا عددا قليلا جدا من المرضى فى الأطوار الأولى من المرض، مع حدوث بعض الانتكاسات، بينما لم يكن للأتوكسيل أى تأثير فى المرضى وهم فى الأطوار المتأخرة. ورصد الأفريقيون بسرعة بالغة هذه النتائج البائسة. كان معدل الوفيات مروعا، ومات فى محجر إيبمبو ما يبلغ تقريبا ثلث من أدخلوا حتى ١٩١١. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك تأثير جانبى مخيف لحقن الأتوكسيل، فقد أصيب بالعمى ما يصل إلى ثلاثين فى المائة ممن عولجوا به، حيث أدى الدواء إلى ضمور العصب البصرى. وأصيب الأفريقيون بالرعب من حملة "الصراع"، وأصبح من الشائع أن يطلق على المحاجر الصحية أنها "مخيمات الموت". ودارت شائعات جامحة عن أن الموظفين الرسميين الاستعماريين يسببون المرض. ليس هذا فحسب، بل إنهم أيضا يطاردون الناس حتى يجمعوهم ليأكلوهم. وفى ١٩٠٥ وجه أحد المبشرين النصيحة بأن حكومة الولاية ينبغى أن تنشئ "مستعمرات لمن لا شفاء لهم"، وتم تنفيذ هذه النصيحة واقعيا.

كان لهايبرج خبرة مهنية بمصحات المجانين الأوروبية، مما يجعل من ملاحظة أرائه عن الاختلافات بين مريض الجنون الأوروبى ومريض مرض النوم الأفريقى أمرا على أوثق صلة بالموضوع. حسب ما يقوله هايبرج، فإن المرضى الأوروبيين فى مصحة المجانين كلهم تقريبا لهم توهماتهم الخاصة بكل منهم، وهذا يجعل من وقوع شغب منسق فى المستشفى حدثا لا وجود له، بل حدثا مستحيلا. أما فى الكونغو فإن هايبرج يعتقد أن ضحايا مرض النوم لديهم نوع مختلف من "الجنون". فمرضهم يقلل من قدرتهم على التفكير ولكنه لايدمرها. وضحايا مرض النوم يتملكهم وسواس قهرى بأفكار مثل "حبسهم ظلما"، ووجود مائة من ضحايا مرض النوم معا لديهم "قهار" متماثل يشكل تهديدا هائلا. عندما زار أحد الإداريين المحليين المحجر الصحى فى سبتمبر ١٩١٠، تكررت مفاتحة المرضى له بنفس الشكوى، وهى أنهم قد منعوا من "رؤية ديارهم".

أراء هايبرج عن الجنون والسلوك "غير المنطقى" آراء مثيرة للاهتمام، فى أنها تكشف عن المواقف الأوروبية المعاصرة وقتها، عن المجانين كأناس مصابين بالقهار، ولديهم أفكار ثابتة، ويتصرفون على نحو فردى وليس كجماعات. أما بالنسبة للأفريقيين فإن هايبرج يطرح نوعا مختلفا من الجنون، جنون لجماعة من الناس تتشارك فى فكرة قهارية غير منطقية. ولعل الأهم من ذلك، أن هايبرج لم يستطع النظر إلى رغبة الأفريقيين فى التهرب من الطب – البيولوجى الغربى، ليعودوا إلى قومهم ولطرائقهم فى التعامل مع محنتهم، لم يستطع أن ينظر إلى ذلك إلا على أنه سلوك غير منطقى بالمرة – أو سلوك جنونى. وهايبرج هكذا، مثله مثل الكثيرين من أصحاب النزعة الاستعمارية، يؤمن بأن الأفريقيين يتصرفون على نحو غير منطقى، إذ يرفضون مزايا الحضارة الغربية.

كان يحدث دائما أن يتمكن بعض نزلاء المحجر الصحى من الفرار إلى المناطق المحيطة، على أن تزايد الإحباط والعداء لدى الضحايا المعزولين فى إيبمبو، وجد التعبير عنه فى حدثين من أحداث الشغب الخطيرة فى ١٩٠٩ و١٩١٠، الأمر الذى أثبت

هواجس هايبرج. وأعطت أحداث شغب إيبمبو الإشارة إلى وجود حاجة للإصلاح. وكما قال هايبرج فى ١٩١٠، فإن المحجر الصحى يعد بصورة كاملة سجنا دائما، وينبغى أن ينقش عليه "يامن تدخل هنا، فلتتخل عن كل أمل".

كانت الحملة ضد مرض النوم، مثلها مثل السياسات البلجيكية الاستعمارية الأخرى، شديدة المركزية، حيث تصدر معظم تعليماتها مباشرة من بروكسل. ولم يكن هناك وجود لإدارة طبية مستقلة للمستعمرات حتى ديسمبر ١٩٢٢. هناك خدمات طبية تدار ببروكسل منذ ديسمبر ١٩٠٩، إلا أن الأطباء فى المستعمرة ظلوا يخضعون خضوعا صارما لسلطة الإداريين فى مناطقهم المحلية. قبل ديسبمر ١٩١٠ ونشأة أول مصلحة طبية للكونغو، لم تكن هناك "سلطة طبية حقيقة تضع القوانين الصحية". كانت كل هذه القوانين تصدر عن السلطات المدنية والعسكرية. وبالتالى، فإن إجراءات مثل جوازات السفر الصحية والخرائط الوبائية التى يتأسس عليها "الحزام الصحى" قد انبثقت على أيدى إداريين غير طبيين. وهكذا فإن القوانين المحلية التى تتحكم فى حياة الأفريقيين - مثل اختيار موقع القرية، والصيد، وإنتاج الملح، والسفر والعلاقات بالأهل - كانت كلها أمورا يرسم خطتها موظفون غير طبيين.

فى نفس الوقت، فإن الأطباء الذين تصدر إليهم التعليمات بتنفيذ الإجراءات ضد مرض النوم كثيرا ما كانوا يجدون أنفسهم فى موقف مستحيل، إذ يكون عليهم أن يطلبوا العون من الإدارى المحلى للمنطقة. كثيرا جدا ما يكون هذا الإدارى عازفا عن دعم مطالب الأطباء. السبب الرئيسى لعدم وجود تعاون هو الحاجة السياسية لإبقاء الأفريقيين على تحملهم للحكم البلجيكى. فتنفيذ إجراءات الصحة العامة سيؤدى إلى أن يجعل الإداريين المحليين مكروهين من الناس بدرجة أكثر من كرههم لهم من قبل. ولما كان الإداريون المحليون يعانون من الضغط عليهم لإنجاز أهداف سياسية واقتصادية معينة، هى تجميع العمال وتحصيل الضرائب، فقد اختاروا أن يتجاهلوا بقدر ما يمكنهم الإجراءات الطبية وإجراءات الصحة العامة.

كانت المعالم الرئيسية لحملة "الصراع" فى ١٩٠٩ هى "الحزام الصحى" والعزل فى المحاجر الصحية، وهى معالم اعتبر أحد الأطباء أنها معا تعد "الترياق العام العظيم للصحة العامة فى الكونغو". ولكن الحملة وقد صحبها، كما يقر هذا الطبيب، علاج كيماوى لا فعالية له، بل وعلاج خطر، فإنها أثارت بشدة انعدام الثقة فيها بين الناس. بالإضافة إلى ذلك فإنه يقول إن أبحاث المسح المتقطعة لضحايا المرض فى القرى الأفريقية كان ينظر إليها على أنها "لاتزيد على أن تكون عملية لصيد البشر"، وكانت النتيجة هى أن "يفر الناس (من) الأطباء بأسرع مما كانوا يفرون من محصلى الضرائب!". وكثيرا ما كان يطلب من الجيش أن يساعد الأطباء فى فحص الأفريقيين ثم فى تنفيذ عزلهم. ومن الواضح أن هذه التوليفة من البيروقراطية المعقدة المتخبطة، مع وجود نظام عزل لا مخرج منه إلا بالهرب أو الموت، وحيث يصاب بالعمى ثلث من يأخذون العلاج، من الواضح أنها توليفة فاشلة.

كانت الاستجابة الأفريقية للفترة المبكرة "من حملة" الصراع قد أظهرت للإدارة الاستعمارية أنه لا يمكن أن يكون أى برنامج للصحة العامة برنامجا فعالا فى الحقيقة إلا إذا حدث تعاون بين كل من يشارك فيه، أفريقيا كان أو أوروبيا. أخذ يتضح ببطء التحقق من أن أفراد هيئات الموظفين الطبية والإدارية عليهم أن يتعاونوا حتى ينفذوا إجراءات الحملة ضد مرض النوم. كانت هناك فيما سبق نداءات تطلب تفهم السلطات الأفريقية ودعمها للحملة، من أجل فحص كل الناس وعزل الأفراد المصابين بالعدوى، على أنه أصبح من الواضح فى أواخر ١٩٠٩، أن تفهم ودعم كل الأفريقيين المتأثرين بالحملة أمران ضروريان إن كان لها أن تنال أى فرصة للنجاح. والحقيقة أن استجابة الناس للحملة البلجيكية ضد مرض النوم، كانت عاملا أساسيا لتشكيل تطور الصحة العامة فى المستقبل بالمستعمرة.

فترة ما قبل الحرب: ١٩١٠ - ١٩١٤

حدثت فى السنوات التى سبقت مباشرة الحرب العالمية الأولى، إصلاحات لها أهميتها فى السياسة الصحية، وكذلك أيضا فى الخدمات الطبية للمستعمرة. وبدأ التحول فى ١٩١٠ باتخاذ سلسلة من الإصلاحات. كان التغير الرئيسى فى سياسة العمل هو أن المحاجر الصحية يجب أن تصبح أكثر انفتاحا، فتصير "قرى - محاجر صحية" لا يقيم فيها إلا المرضى الذين تأخرت حالتهم تأخرا شديدا أو المرضى جد المشاغبين. وكانت هذه المؤسسات الجديدة، بخلاف جو المحاجر الصحية القديمة المشابه للسجون، تتسع لإيواء الأقرباء المباشرين من أعضاء أسر ضحايا المرض.

أما سائر ضحايا المرض فكلهم يعالجون فى العيادة الخارجية، فيفدون إلى عيادات لإعطاء الحقن يحدد موقعها على نحو مريح بالقرب من مساكنهم. وبالتالى فإن المرضى سيمكنهم الاستمرار فى العمل أو فى المساهمة فى إنتاج الطعام، مادام لديهم القدرة على ذلك.

عكست هذه الإصلاحات اهتماما إداريا يتجاوز محض الاهتمام الطبى، وشمل ذلك قضايا عديدة. فأولا، كانت هناك تلك المسألة المهمة التى تتعلق بالسمعة غير الطبية لإدارة ليوبولد لولاية الكونغو الحرة، وهى سمعة كانت الحكومة البلجيكية تود محوها بعد أن استولت على السلطة فى ١٩٠٨ ثم كان هناك أيضا أن البلجيكيين كانوا لا يزالون متورطين تورطا عظيما فى عملية إرساء سلطة الحكومة فى أجزاء عديدة من الكونغو، بما فيها منطقة الشمال الشرقى. وبالتالى، فبينما كانت إدارة المستعمرة الجديدة لا تزال مشغولة فى عملية الفتح والإدماج، فإن هذه الإدارة كان عليها أيضا أن تظهر على أنها أكثر إنسانية من نظام حكم ليوبولد، حتى تتجنب المزيد من شجب "القوى العظمى".

إذا كان من المهم أن ننظر إلى الأحداث أثناء هذه الفترة فى السياق الأوسع لخطة العمل السياسية لتحسين صورة الإدارة، فإنه يجب أن نوضح أن أفراد الهيئة الطبية فى الكونغو ظلوا يضغطون معا لبعض الوقت من أجل تكوين مصلحة طبية منفصلة، تتيح أن تجعل الخدمة الصحية مطابقة للمبادئ المنطقية وتمكن من تطوير سياسة عمل للصحة العامة تكون أكثر منهجية. فى أعقاب جولة للحاكم العام فى منطقة مصابة بعدوى مرض النوم بأعداد كثيرة، طرح الحاكم العام فى ١٩١٠ القيام بحملة جديدة كبرى لمكافحة المرض فى كل المستعمرة. ونتج عن تواكب ضغط أطباء المستعمرة لتكوين مصلحة طبية مع ما اتضح من زيادة انتشار وباء مرض النوم، أن تكونت هذه المصلحة فى نهاية ١٩٠٩، وإن كان البرنامج الشامل لمكافحة مرض النوم لم يوضع موضع التنفيذ حتى ١٩١٨. وظلت المصلحة الطبية الجديدة، مثلها مثل الفروع الأخرى من الإدارة الاستعمارية، تتخذ قاعدتها فى بلجيكا، حيث بقيت خاضعة لمركزية جد صارمة، حتى أن أحد المعاصرين علق على ذلك بأن الحملة على مرض النوم، كانت معركتها تدار من المكاتب فى بروكسل، وليس أفريقيا.

مرض النوم والتحكم الإدارى

كانت سياسة العمل ضد مرض النوم مجدولة فى ضفيرة مع قضايا أوسع فى شؤون إدارة الأقاليم، وبدأت هذه الصلة تظهر واضحة بعد ١٩١٠ وكمثل كانت هناك مشكلة التحكم فى انتقالات الناس فى داخل المستعمرة، وكذلك أيضا عبر حدودها الدولية. ويقع الكونغو الفرنسى والسودان وأوغندا كلها على الحدود الشمالية الشرقية، وكل بلد منها كان فى ١٩١٠ يحوى مناطق مصابة بمرض النوم إصابة وبائية خطيرة. وبالتالى، فإن تحركات الناس إلى الداخل والخارج من الكونغو كانت هاجسا رئيسيا تهتم به الإدارة. وكان هناك تفاعل له أهميته بين إجراءات مكافحة مرض النوم، وخاصة الإجراءات المتعلقة "بالحزام الصحى"، وبين الاهتمامات الأوسع اقتصاديا واجتماعيا لدى إدارة الأقاليم: فالكونغو الشمالى كان مصدرا مهما لقوة العمل فى

المشاريع الاقتصادية، مثل مناجم ذهب ليكو - موتو، وإنشاءات الجيش، ومد الطرق. وكان المسئولون عن تجنيد العمال لهذه الأنشطة يضغطون على السلطات الاستعمارية لتسمح لهم بالوصول بسهولة إلى العمال الأفريقيين فى شمال الكونغو، بينما كان الخبراء الطبيون يضغطون، فى نفس الوقت، لتنفيذ إجراءات تحكم أشد بالنسبة لتحركات السكان، وذلك من أجل وقاية شمال الكونغو من مرض النوم. ومما يثير السخرية أن أحد القطاعات الاستعمارية، وهو القطاع الاقتصادى، كان يضغط من أجل تنفيذ سياسة عمل يمكن أن يكون لها تأثير ضار على صحة الأفريقيين، بينما كان قطاع استعمارى آخر، وهو القطاع الطبى، يناضل لوقاية الأفريقيين من انتشار المرض. ولم تكن السياسة الاستعمارية متوحدة، وإنما كانت بدلا من ذلك توليفة بين المصالح التى يحدث أحيانا أنها تتضارب، وسيكون من الأمور بعيدة الاحتمال أن تُنسب دوافع ميكيافيلية(*) لأولئك الذين يضعون سياسة الصحة العامة ولرجال الإدارة الذين ينفذون إجراءاتها. ومع ذلك فإن إجراءات مقاومة مرض النوم كانت تشكل جزءا من نظام التحكم الذى استخدمه الحكام البلجيكيون.

كان العنصر الحاسم فى إصلاح سياسة العمل ضد مرض النوم هو إدخال جوازات السفر الطبية الإجبارية فى ٣٠ إبريل ١٩١٠. قبل ذلك كان يطلب من كل الأفريقيين الذين ينتقلون عبر الحدود المباشرة لمناطق ديارهم، أن يحصلوا على تصريح سفر يسجل فيه الأطباء تفاصيل كل الفحوص الطبية لهم. ابتداء من أبريل ١٩١٠ حلت جوازات السفر الطبية محل وثائق السفر الأقل دقة، وذلك فى محاولة متزايدة للتحكم فى أى تحرك للأفريقيين.

كان العنصر الأساسى فى مراجعة سياسة الصحة العامة هو توحيد المعايير فى مراكز المراقبة. كانت هذه محطات لترقب المرض والفحص الفرزى وضعت فى مواقع

(*) نسبة للسياسى الإيطالى نيكولوميكافيلى (١٤٦٩ - ١٥٢٧)، اشتهر بكتابه "الأمير" الذى قال فيه أن الغاية تبرر الوسيلة، ويعد مرجعا فى النفاق السياسى. (المترجم) .

استراتيجية، ويعمل فيها مساعد طبى يكون عمله فى الوضع الأمثل أوروبيا "كموظف صحة " أو معاون طبى. ولكن كثيرا جدا ما كان هذا المساعد الطبى فردا أفريقيا وحيدا من "المرضين" أو معاونى الأطباء، وقد وضع معه مجهر (ميكروسكوب). وكان من واجباته أن يجرى فحصا فرزيا لكل المسافرين، وأن ينتبه على وجه الخصوص لمن يأتون من المناطق التى يعرف عنها أنها مصابة بعدوى المرض. إحدى المهام الرئيسية لمركز المراقبة إصدار جوازات السفر الطبية وذلك فى محاولة لزيادة تقييد انتقالات الناس.

ومما قيل، إنه بالنظر إلى الأعداد الكبيرة من ضحايا المرض، وإلى قصور الموارد وعدد الأفراد العاملين، فإن الكثير من هذه اللوائح الضخمة لم تكن لها سوى "أهمية أكاديمية"، فهى مجرد "حبر على الورق". وإذا كان من الحقيقى أن الكثير من هذه التعليمات لم يكن فى الإمكان تنفيذها بنجاح بسبب نقص الموارد وخاصة نقص الفراد، إلا أنه سيكون من الخطأ أن نهمل النظر إلى سياسة العمل القديمة ضد مرض النوم باعتبار أنها مجرد "حبر على الورق". وإذا كان الكثيرون من رجال حكومة الولايات الرسميين يتجاهلون اللوائح التنظيمية، فإن هناك آخرين كانوا يبذلون جهدا له اعتباره لفرضها.

كان أحد المعالم الأخرى المهمة فى الحملة فى هذه الفترة المبكرة هو ظهور سياسة عمل متميزة، فيما يتعلق بتنظيم المجتمعات الأفريقية وشكلها. وقد ظلت مسألة إعادة بناء المجتمعات الأفريقية لعدة عقود من السنين قضية مهمة ومزعجة بالنسبة للسلطات الاستعمارية. وقد أصبحت مشكلة مهمة بشكل خاص، عندما حدث تضارب بين سلطات الصحة العامة ورجال الإدارة المحلية. ذلك أن هاتين المصلحتين كان لكل منهما دوافع مختلفة بالنسبة للرغبة فى إعادة تنظيم المجتمع الأفريقى. وعندما كانت المصلحتان تتفقان بشأن إعادة تنظيم مجموعة من الناس وتغيير مكان إقامتها، كان التضارب عندها يقل، وإن ظل هناك تزايد فى نفور رجال إدارة الأقاليم من توريط أنفسهم فى هذا الشكل من التدخل الإدارى الذى كان جد مكروه من الناس.

منذ البدايات المبكرة للحملة ضد مرض النوم، كان أحد التكتيكات التى يكثر استخدامها هو إعادة تجميع أفراد السكان الأفريقيين، وإعادة تحديد مكان إقامتهم. السبب الظاهر لذلك هو حماية الناس من خطر العدوى من خلال الاقتراب من مناطق ذباب التسيتسى المصاب بالعدوى، إلا أن إعادة تجميع مجموعات سكانية بأسرها وإعادة تحديد موقع إقامتها، كان له أيضا فائدته المريحة فى الإيفاء باحتياجات أخرى للإدارة المحلية، خاصة أثناء الفترة الاستعمارية المبكرة عندما كانت حكومة الولاية لاتزال مقلقلة فى سيطرتها. فكان الإداريون المحليون يفضلون أن يحدد موقع إقامة رعاياهم بحيث يسهل الوصول إليهم إداريا، وإن كان الكثير من الموظفين الموجودين بالعمل فى مسرح الأحداث، ينفرون أبلغ النفور من التلاعب بهذا الجانب من الحياة الأفريقية، خوفا من تزايد العداء والمقاومة. كان هذا التكنيك مهما بالنسبة لتجميع العمال ولتحصيل الضرائب. الأمر ببساطة هو أن التعامل مع مجموعات الناس، وهم فى مواقع قريبة على نحو مريح من طرق المواصلات أو من المراكز الإدارية، يكون أسهل من "تعقب" أفراد مبعثرين بعيدا عن الأماكن الرئيسية للسلطة الاستعمارية. بعض الناس مثل (الأزاند) كان النمط الطبيعى لإقامتهم هو فى شكل مجموعات أسرية مبعثرة، تفصل بينها مناطق شاسعة من الغابات أو السافانا، وكانت سياسة إعادة التجميع بالنسبة للأزاند مبعثا للخلاف بوجه خاص. كذلك فإن طوبوغرافية معظم شمال الكونغو تجعل من غير العملى محاولة إعادة تحديد مواقع إقامة الأفريقيين، بعيدا عن مناطق ذباب التسيتسى. وعندما كان يجرى تنفيذ مثل هذه التنقلات كان الناس يعودون إلى أنهارهم ليصطادوا منها السمك، وإلى حقولهم ليزرعوها. لم يكن من الواقعى تماما بالنسبة للسلطات الاستعمارية، أثناء هذه الفترة المبكرة من الحملة، أن تفكر فى عملية كبرى لإعادة بناء المجتمعات الأفريقية، على الأقل لسبب واحد فحسب، هو نقص الموظفين والموارد اللازمة لفرض مثل هذه السياسة. ومع ذلك فكثيرا ما كان هذا الأمر يناقش، وكان يعد من الآراء المهمة التى تكمن وراء سياسة العمل ضد مرض النوم.

بحلول ١٩١٠ فوضت الإدارة المركزية ببلجيكا للأطباء سلطات لها اعتبارها، وذلك بشأن طلب إعادة تنظيم الأفريقيين، وتغيير مكان إقامتهم فى داخل مناطق عمل الأطباء. كما أنه بحلول ١٩١٠ أصبح للأطباء أيضا الحق فى طلب المساعدة من الجيش - "القوات العامة" - كما أصبح يحق لهم طلب معاونة الإدارة الإقليمية فى محاولاتهم لتنفيذ سياسة الصحة العامة. وبالتالى، لم يكن من الأمور غير الشائعة أن يصل الطبيب إلى إحدى المناطق، وقد صاحبه جنود مسلحون وأحد رجال الإدارة، ليبدأ بعدها فى إجراء فحص نظامى للناس الذين كانوا مرغمين، أمام هذا العرض للقوة، على أن يتقدموا بأنفسهم، بصرف النظر عن أنهم قد يكونون مشغولين بأى أنشطة وقتها. وكان للطبيب أيضا الحق فى الحصول على معاونة من المشايخ المحليين أو زعماء القرية الذين عينتهم حكومة الولاية، وكذلك أيضا معاونة رئيس القرية المعترف به رسميا، والذى كان أيضا يعين من حكومة المستعمرة. على أن هؤلاء لم يكونوا وحدهم شخصيات السلطات المتاحين لتنفيذ البرنامج. فابتداء من ١٩١٢ كان يوجد فى معظم المراكز، بالإضافة إلى مفرزة "القوات العامة". موظفون آخرون لفرض القانون، وذلك فى شكل رجال شرطة قد يكونون محليين أو من الإقليم. وأخيرا، فبحلول ١٩١٢ جعلت الحكومة المركزية من الأمور الواضحة تماما، أن كل أوروبى فى المنطقة - سواء كان موظفا حكوميا أم لم يكن - مفروض عليه أن يساهم فى الحملة ضد مرض النوم.

الحرب العالمية الأولى

كشفت مقتضيات الحرب عن الطبيعة القسرية للتدخل الطبى الأوروبى فى الكونغو البلجيكى. ليس هذا فحسب، بل إنها أدت أيضا إلى إحداث تغيرات فى طبيعة هذا التدخل. كان أحد المعالم الظاهرة للحملة ضد مرض النوم أثناء الحرب العالمية الأولى، هو الطريقة التى حدث بها تناقض بين الإدارة الاستعمارية وسياستها هى نفسها فى الصحة العامة. والحقيقة أنها بهذا التناقض قد زادت من خطورة مشكلة مرض النوم بالنسبة للإنسان فى الكونغو الشمالى. كانت الحرب تعنى أن الحكومة البلجيكية تحتاج

إلى قوة العمل والموارد المتاحة فى مستعمرتها أكثر مما فى أى وقت من قبل. ولما كانت الحكومة البلجيكية قد انتقلت إلى إنجلترا بسبب الاحتلال الألمانى لبلجيكا، فإنها تطلعت إلى مستعمرتها الأفريقية طلبا للمساعدة المادية فى مجهود الحرب، وأصبح شمال الكونغو فجأة له أهميته العظمى كمصدر لثلاثة موارد مهمة - الذهب والمطاط والرجال.

على أن تزايد الطلب على الذهب والمطاط والرجال أجبر الإدارة الاستعمارية، على انتهاك الكثير من سياساتها الحديثة فى الصحة العامة بالشمال الشرقى. نتج عن تصاعد الاحتياجات لقوة العمل تكثيف لتحركات السكان فى كل الشمال الشرقى، وبالتالى فإن "الحزام الصحى" الذى كان قد فرض حديثا أصبح عائقا للمجهود الحربى. حتى أوائل العشرينيات من القرن العشرين ظل إنتاج المطاط والذهب نشاطين يتسمان معا بالكثافة العمالية على وجه خاص، الأمر الذى تطلب وجود استثمار له قدرة بالنسبه لقوى الإنتاج.

توضح لنا الأدلة أنه سواء على المستوى المحلى أو الإقليمى كان رجال الإدارة فى شمال الكونغو، حريصين على أن يواصلوا الحملة ضد مرض النوم أثناء الحرب. وعلى الرغم من تزايد البراهين على أن هناك مناطق موبوءة بمرض النوم فى المنطقة الشمالية المركزية فى أويل، فإن الإدارة البلجيكية ظلت غير راغبة فى إقرار دعوى الحكومة المحلية بأن هذه المناطق موبوءة، ذلك أن الإدارة البلجيكية كانت تود تجنب القيود التى تنتج عن وجود "حزام صحى" فعّال. زادت الحرب من تفاقم هذه الخلافات فى الرأى. ولسوء حظ السكان كانت المناطق الشمالية المركزية من إقليم أويل هى بالضبط أغنى المناطق بالمطاط البرى. استمرت حكومة الولاية تضغط على الأفريقيين لجمع المطاط للوفاء بالضرائب المطلوبة منهم. وكان إنتاج المطاط بالغ الوفرة فى ممرات الغابات التى تغزوها ذبابة التسيتسى، حيث الأشجار والأدغال تنمو على طول حواف مجارى المياه. وأبدى مفوض الإقليم تذمره، حيث كان من الواضح أن الحكومة المركزية ترفض أن تعلن وجود الوباء فى المنطقة الشمالية المركزية فى إقليم أويل. هذا الإقرار

الرسمى بالوباء أمر مطلوب لا يمكن من دونه فرض أى "حزام صحى" على نحو قانونى. وكنتيجة لذلك، حدث تباطؤ أثناء الحرب العالمية الأولى، بل حدث توقف فى الواقع لحملة التحكم فى مرض النوم فى شمال الكونغو.

كانت إحدى النتائج الرئيسية للحرب بالنسبة لسكان أويل هى زيادة انتشار وباء مرض النوم. ونجد أنه فى بعض الأقاليم الشمالية المركزية مثل جوان وبيلى وداكوا، حيث كان مرض النوم ينتشر من قبل انتشارا خطيرا، أصبح المرض الآن وباء شديدا ابتليت به "شياخات"(*) بأكملها. وكان على هذه المنطقة أن تنتظر حتى نهاية الحرب، حتى يبدأ اتخاذ أول خطوات فعالة حقا، للتغلب على زيادة المرض وانتشاره - والمقصود هو أول الخطوات الفعالة من وجهة نظر "تفعيل الطب" فى المنطقة.

بعثات مرض النوم: ١٩٢٠ - ١٩٣٠

كانت أرقى المحاولات المنظمة للتعامل مع مشاكل الأمراض المتوطنة هى إنشاء فرق الخدمة المتنقلة، التى أقيمت فى أفريقيا لمكافحة إصابة البشر بعدوى طفيليات التريبانوسوما، ثم ألحق فيما بعد بفرق الخدمة هذه وحدات ميدانية ذات صلاحيات أوسع تتوجه بمنشآتها التشخيصية والعلاجية، إلى تناول العديد من مشاكل الأمراض المتوطنة المختلفة.

تم فى أثناء العقد من ١٩٢٠ - ١٩٣٠ دفع وتطوير بعثات خاصة بمرض النوم. وكانت هذه الفرق بالنسبة للكثير من الكونغوليين هى أول اتصال وثيق لهم مع حكومة الولاية الاستعمارية الجديدة. لم يكن هذا النوع من الاتصال دائما بالمفهوم ولا هو مما يثير البهجة. "بعثات مرض النوم" هى فرق خاصة كان عليها أن تجرى مسحا منهجيا

(*) Chfferies: نوع من التقسيم الإدارى فى الأقليم. (المترجم).

لمناطق معينة من المستعمرة، لتعيين ضحايا المرض ومعالجتهم فى قراهم نفسها، والملامح الرئيسية لهذه الفرق هى أنها فرق متنقلة وأنها تحاول فحص كل السكان الأفريقيين فى المستعمرة. تم تجنيد أفراد عاملين جدد خصيصا لهذه الحملة. كان ما يأمله الحاكم العام الذى أعلن عن هذا البرنامج لأول مرة فى أغسطس ١٩١٧، أن تتمكن الخدمات الطبية فى المستعمرة من تجميع أفراد هيئة الأطباء من أوروبا، عندما بدأ تسريح القوات المسلحة بعد نهاية الحرب.

بدأ أول فريق لمرض النوم عمله فى الكونغو البلجيكية فى منطقة كوانجو فى ١٩١٩، ثم تبعه فريق ثان فى أويل عام ١٩٢٠. وخلال أربعة أعوام تأسست ثلاث فرق أخرى لمرض النوم فى مناطق بنجالا وستانلى فيل وما يومب. وما لبثت هذه السياسة أن توطدت جيدا، حتى أنه بحلول ١٩٣٢ كان هناك على الأقل خمس فرق تعمل فى الشمال الشرقى وحده: فى أويل وسيمليكى وستانلى فيل - باسوكو وكيفو ومانيما. ولكن سرعان ما ظهرت المتاعب. فقد نتج عن تباعد أهداف المصالح الإدارية الاستعمارية المختلفة "مأزق" بشأن تنفيذ إجراءات الصحة العامة. فالأطباء وجدوا أنفسهم مجابَهين برجال الإدارة المحلية الذين لا يرغبون فى فرض سياسات الصحة العامة وتوصياتها. بالإضافة إلى ذلك، فقد حدث على نحو متزايد فى العشرينيات وقوع تداخل بين عمل ومسئوليات الفرق الخاصة بمرض النوم، وبين الخدمات الطبية فى المستعمرة، حتى أصبح من الصعب أبلغ الصعوبة إدراك ماهية الأدوار المنفصلة المتميزة لكل من هاتين الهيئتين الخدميتين.

استمرت أبحاث المسح تجرى سنويا تقريبا فيما بين ١٩٢٠ - ١٩٣٠. وكان الهدف أساسا هو التعرف على كل حالة مفردة من حالات ضحايا المرض فى المستعمرة وعلاجها. كان هذا حقا هدفا طموحا، فلم يكن من السهل دائما اكتساب تعاون الناس، وبالتالى فإن أطباء المستعمرة كثيرا ما كانوا يجدون أن من المفيد أن يصحبهم أحد الزعماء المحليين، ممن هم على معرفة بالمنطقة، ويمكنهم

تحديد موقع المستوطنات المعزولة. وكانوا يجدون أن من المفيد أيضا أن يأخذوا معهم أفرادا من الشرطة، يمكنهم تقديم العون بالنسبة "للمتمردين"، ولأولئك الذين يحاولون الفرار.

أعطيت لكل الذكور البالغين فى "الشياخات" بطاقات هوية تُنشر فيها أسماء زوجاتهم وأطفالهم، كما كان فريق مرض النوم يصدر تأشيرات طبية مؤرخة فيها تفاصيل فحوصهم. أهم فرد يساعد على إجراء المسح حسب ما يقوله أحد مديرى المسح هو رئيس الشياخة، وإذا حدث أن كان متعاونا فإن عدد الفحوص اليومية يتزايد تزايدا عظيما. وكمثل، فإن الأفراد الذين يعملون فى الحقول كانوا ينفرون أشد النفور من أن يقطعوا عملهم للتقدم إلى الفحص الطبى، ولم يكن يؤتى بهم إلا بصعوبة. وها هنا فإن إقناع رئيس الشياخة لهم يمكن أن يكون أمرا حيويا. بعض الجماعات مثل الأزاند، كانوا دائما يخفون نساءهم عن الفرق. وعلى الرغم من أنه كان يفترض أن المرضى القادرين على الحركة يجب أن يقدموا أنفسهم لأخذ الحقن مرة كل أسبوعين، فإنه كان من "النادر أقصى الندرة" أن يظهر المرضى طواعية كل أسبوعين أو حتى كل شهر. عبر أحد الأطباء عن شكوى المستعمرين التى لا تنقطع بقوله: "إننا لا نعرف كيف نغير التفكير الأفريقى".

أنماط الاستيطان:

الهندسة الاجتماعية والبعثات الطبية

بحلول عام ١٩٢١ كانت الحملة ضد مرض النوم تعكس معا الجديلتين الرئيستين لسياسة الصحة العامة البلجيكية – أى "الوقاية الطبية" والوقاية البيولوجية. وهذه الأخيرة فيها المجال "للهندسة الاجتماعية" التى كانت تؤدى فى الكثير الغالب إلى إحباط أطباء المستعمرة، خاصة عندما يجدون أنفسهم فى موقف حرج حين يقدمون مطالب تتعارض مع أهداف قطاعات أخرى من الإدارة الاستعمارية.

كان هناك نقص خطير فى التنسيق، بل حتى تنازع بين المصالح الإدارية المختلفة فى المستعمرة، وذلك حسب ما يقوله مارون، الطبيب المسئول عن المسح فى ١٩٣١، وكان يحث على التصديق على إصدار قرارات تسليح الأطباء، فى محاولاتهم لتنفيذ إعادة تنظيم المجتمعات الأفريقية لتحقيق أهداف الصحة العامة، حيث إن هذا ظل هو المشكلة الكبرى التى تواجه الحملة ضد مرض النوم. كرس مارون خمس عشرة صفحة من تقريره لعام ١٩٣١ ليناقش فيها قضية واحدة هى إعادة تجميع الأفريقيين وتغيير أماكن إقامتهم. ولما كان من المستحيل تطهير كل الأدغال الموبوءة بذباب تسيتسى بطول الأنهار الرئيسية، فإنه أحس أن من المهم بالذات إعادة تنظيم الناس فى قرى ينبغى أن يكون مكانها فى مواقع "تختارها الخدمات الطبية"، بالاتفاق مع الإدارة الإقليمية، وهو يقول إنه حسب ما كانت تجرى عليه الأمور، كان الأطباء لا يستطيعون إلا أن يحاولوا العمل فى الوقاية الطبية وحدها: أما الوقاية البيولوجية، "الهندسة الاجتماعية" فهذه أمرها يرجع إلى الإدارة الإقليمية. ومن الواضح أنه قد نشأت أوجه توتر شديدة بين أفراد الأطباء الذين يضغطون لزيادة الإجراءات الوقائية، وبين أفراد الإدارة المحلية الذين يرون أن الطب يجب أن يقتصر على وظيفته العلاجية.

يعبر مارون تعبيرا واضحا مسهبا عن الإحباط الذى يخبره الأطباء عندما يحاولون إعطاء المشورة، وتنفيذ إجراءات الصحة العامة التى خططت لمنع انتشار المرض، ويكشف تعبير مارون هكذا عن مدى ما وصلت إليه هذه المشكلة بحلول ١٩٣٠. فمنذ ١٩٢٠ والأطباء يناشدون رجال الإدارة الإقليمية أن يهتموا بإجراءات معينة يعتقد الأطباء أنها ستقلل من وقوع حالات مرض النوم. كانت هذه الإجراءات تركز على جوانب عديدة خطيرة من الحياة الأفريقية، تتضمن انتقالات السكان بسبب سفرياتهم الخاصة، وتجنيدهم للعمل، والعلاقات الأسرية والتجارة. وكان الأطباء يشغلهم أمر انتقالات الأفريقيين التى تحدث نتيجة بحثهم عن المطاط، وعبرت السلطات الطبية عن تحفظها بشأن سياسات حكومة الولاية الضريبية، بما لها من تأثيرات ضارة بالنسبة لنشر الوباء. وقدم الأطباء مشورتهم أيضا بالنسبة لأمور تخص الأنشطة الأفريقية

الاقتصادية مثل صيد الأسماك والتجارة. وأشاروا بأن "تغلق غلقا محكما" بعض المناطق المعينة المصابة بالوباء على نحو سيئ، وطالبوا بأن يمنع دخول غير المقيمين، حتى لو كانوا يلتمسون الوفاء بما عليهم من ضريبة المطاط الإجبارية. كما كانت المشورة الطبية فيما يتعلق بمرض النوم تمس أيضا سياسات حكومة الولاية بالنسبة لزراعة المحاصيل النقدية مثل القطن، كما أن سياسات حكومة الولاية فيما يتعلق بالعتالة وإنشاء الطرق كانت تتأثر تأثرا مباشرا عند الموافقة على هذه المشورة الطبية. بحلول ١٩٢٠ فان قضية إعادة تجميع الناس فى قرى أكبر، وتغيير مكان القرى إلى مناطق، تعد أكثر أمنا بالنسبة للعدوى بمرض النوم، أصبحت مشكلة رئيسية بالنسبة للهيئة الطبية وكذلك أيضا بالنسبة للإدارة المحلية.

هذا وقد طالب بعض الأطباء منذ منتصف العشرينيات بمزيد من الاستقلال الذاتى للفرق الخاصة لمرض النوم، وكانت هذه المطالبة تتعارض مع مطالب الأطباء الآخرين الذين أوصوا بتوحيد الخدمتين. كانت فرق مرض النوم تعمل منفصلة بجوار هيئة خدمات طبية استعمارية ناشئة، على أنه كان هناك قدر له اعتباره من الارتباك حيث اتجهت كل واحدة من جهتى الخدمة الطبية إلى التنافس على نفس الموارد المالية المحدودة والأفراد المحدودين. وحدثت تحويلات جانبية للموارد بين جهتى الخدمة، مما أدى إلى عدم يقين بشأن أى الأفراد أو أى المنشآت ينتمى لأى من جهتى الخدمة، وأى المهام تكون كل منهما مسئولة عنها.

بمرور الوقت أصبحت العلاقة بين بعثات مرض النوم وهيئة الخدمات الطبية أقل وضوحا، بدلا من أن تصبح أوضح. كان الدكتور فإن كامبنهوت فى ١٩٢٤ مديرا "للخدمات الصحية" فى وزارة المستعمرات فى بروكسل، وكان قبلها بعامين فقط واحدا ممن يؤيدون بقوة مفهوم الفريق الخاص لمرض النوم. على أنه اقترح فى ١٩٢٤ إيقاف استمرار فرق مرض النوم المستقلة ذاتيا. فقد شعر د. فان كامبنهوت بأن وجود خدمات طبية واحدة موحدة فى المستعمرة سيمكن من إدارة أفضل للحملة ضد مرض النوم وبحلول ١٩٢٨ أحس كبير الأطباء أن بعثة مرض النوم قد "فقدت الرؤية بالنسبة

لهدفها الرئيسى"، وهو القيام بمسح المنطقة للعثور على كل ضحايا المرض، وبدلا من ذلك فإنها أصبحت "تغوص" فى علاج المرضى. رأى رئيس الخدمات الطبية الإقليمية فى الإقليم الشرقى أنه يمكنه التوصل إلى نفس الأهداف بنصف عدد الهيئة الطبية، لو تم التخلص من العدد الفائض عن الحاجة: "لم أستطع أن أعثر على خط واضح يفصل بين عمل هيئة الخدمات الطبية النظامية وعمل بعثة مرض النوم فى أويل. فهذه البعثة تبذل جزءا كبيرا من جهدها فى أمور من (الطب العام)".

وكان بعض الأطباء "جد مشغولين بمرضاهم الخصوصيين". كما كانت المستوصفات الطبية التى تديرها الخدمات الطبية للإقليم تتجاور أحدها مع الآخر بابا لباب، أو أنها قد تجاور فى بعض الحالات مستشفى يديرها رئيس فريق مرض النوم. ظل هناك خلال العقد كله تزايد فيما يحدث من تشوش بين دور بعثات مرض النوم ودور هيئة الخدمات الطبية، ثم حدث أيضا مع نهاية العشرينيات تحد آخر للتكتيكات الطبية، حيث قدمت شكاوى صريحة حول ما فى النظام من "تهالك بيروقراطى".

بوصول عام ١٩٣٠، كانت حملة "الصراع" قد دخلت فى كل جانب من الحياة فى شمال الكونغو بالنسبة للمستعمِرين والمستعمَرين معا، وأصبحت الحملة متشابكة على نحو معقد مع القطاعات الأخرى من الإدارة الاستعمارية. كانت الإجراءات التى تشير بها السلطات الطبية، لكبح انتشار مرض النوم، تؤثر تأثيرا لا يمكن تجنبه فى جوانب من السياسة الاستعمارية، مثل النقل وإنشاء الطرق وإسكان الأهالى فى القرى. وتأثرت أيضا الحياة الأفريقية تأثرا ملحوظا بما تم تنفيذه من إجراءات الصحة العامة.

الملخص

توضح لنا الأحداث التى وقعت فى شمال الكونغو، بين ١٩٠٣ و١٩٣٠، الطرائق التى يمكن بها للمرض أن يلقى الضوء لنا على ما يوجد من العلاقات الاجتماعية،

خاصة عندما يكون هذا المرض وبائيا، كما توضح لنا كيف أنه يمكن للمرض أيضا أن يؤثر فى مجرى التاريخ. ومن الواضح أن الطب قد ساعد فى تشكيل الخصائص السياسية والإدارية للإمبريالية فى العصر المبكر للكونغو البلجيكى. فى أول الأمر كانت الاستجابات الحكومية لوباء مرض النوم فى الكونغو تشريعية فى أغلبها، بينما لم تتخذ الخدمات الطبية فى المستعمرة كيانها هى والحملة ضد مرض النوم إلا على نحو تدريجى. السياسة البلجيكية الاستعمارية، بكل ما يتخللها من طبيعة بيروقراطية، تتمثل أحسن تمثل فى الصحة العامة وفى الطب أيضا، وفى إغراق رجال الإدارة المحلية بالتعليمات والأوامر والقرارات التى تتعلق بسياسة العمل بالنسبة لمرض النوم. هذه أمور كانت كلها تمس أيضا ما لا حصر له من جوانب الحياة الأفريقية. ومع كل ما فى هذه الأمور من تعقد بالغ فإنها أدت إلى الارتباك فى التنفيذ الفعلى لسياسة العمل الطبية، بينما أدى الإهمال الإدارى للاحتياجات الطبية إلى وجود تضارب مع الطموحات السياسية والاقتصادية لهيئة الموظفين الاستعمارية.

الفصل السادس

الكوليرا(*) وأصول نظام صحة البيئة الأمريكي في الفلبين

رينالدوسي. اليتو

سيكون من المستحيل، حتى على الكتاب القوميين الفلبينيين، إثارة أي شك بالنسبة للفكرة الراسخة عن أن من نعم الحكم الاستعماري الأمريكي، أنه أنشأ نظاما لصحة البيئة أنقذ ما لا يحصى من أرواح أهل الفلبين. ولنتخذ مثلا من المؤرخين ت.أ. أجونسيللو و م. س. جويريرو وهما يرويان بشيء من التفصيل في المرجع ذي التأثير النافذ الذي ألّفاه، وهو قصة الحرب الفلبينية - الأمريكية في ١٨٩٩ - ١٩٠٢، وفيه يلقيان الضوء على مقاومة الفلبينيين للدفاع عن استقلالهم "بالدم والدمع". وهما يؤكدان في تباين ملحوظ مع المؤرخين الاستعماريين، أنه على الرغم من أن القائد العام إميليو أجوينالدو قد تم أسره في منتصف ١٩٠١، فإن حرب العصابات استمرت تحت قيادة الجنرال ميجويل مالفار، حتى أجبرته الحملات الأمريكية التي لا تلين على الاستسلام في ١٦ أبريل ١٩٠٢.

ويدعم أجونسيللو وجويريرو وجهة نظرهما المعادية للاستعمار، في المناقشة التي وردت بعد فصول عديدة من الكتاب عن النظام التعليمي ("الذي تأسس أصلا كأداة

(*) الكوليرا حمى تنتقل عدواها بتلوث المياه والأطعمة ببكتريا ذات شكل عصوي أو واوي، وتؤدي إلى إسهال وقيء شديدين، وقد تؤدي إلى وفاة المريض خاصة بين الأطفال والمسنين. ويمكن توقي الكوليرا باتباع الإجراءات التي تكفل بيئة صحية سليمة ونظافة المياه والطعام. (المترجم) .

للتهدئة السلبية"). ولكنهما عندما يصلان إلى موضوع الصحة والرفاه، يبدوان وكأنهما قد تحولا إلى كتابة سجل من نوع آخر:

> **"قبل ۱۹۰۰ كان هناك هجوم مدمر للكوليرا والجدرى والدوزنتاريا والملاريا والسل، وغيرها من الأمراض المميتة التى أصابت أوبئتها الناس... وعندما أتى الأمريكيون بدأوا فى التو العمل للإقلال لأدنى حد من انتشار هذه الأمراض، كما أنهم من الجانب الآخر عملوا على تحسين صحة الناس. وكان ثمة أوبئة من المعتاد أنها تهاجر إلى الفيليبين، وهذه الأوبئة قد منعها الأمريكيون أو قللوا منها لأدنى حد، وذلك بإنشاء خدمات الحجر الصحى التى يشرف عليها أمريكيون أكفاء من الأطباء وموظفى الصحة العامة".**

تخفق هنا أى محاولة للتمييز بين كتابات الوطنيين وكتابات الاستعماريين. يواصل أجونسيللو وجويريرو القول بأن مهمة تعليم الناس "المبادئ الأولية للشئون الصحية العامة وشئون صحة البيئة"، كانت مهمة صعبة لأن الفيليبنيين كانوا:

> **"ممن تستحوذ عليهم الخرافات ويجهلون القوة الغريبة للجراثيم الدقيقة الصغر فى أن تسبب الأمراض المميتة، ولم يكن من السهل إقناعهم بكفاءة الطرائق الطبية فى مقاومة أسباب الموت من الأمراض المختلفة. وبالتالى، فإن الأمريكيين الأوائل كانوا يناضلون ضد حائط هائل من الجهل والخرافة".**

ينتمى كل من حرب المقاومة فى ۱۸۹۹ - ۱۹۰۲، ووباء الكوليرا فى ۱۹۰۲ - ۱۹۰٤ إلى خيطى تسلسل متمايزين فى التسجيل التأريخى للفلبين. فحرب المقاومة تعد مرحلة من النضال الملحمى للاستقلال عن الحكم الاستعمارى، أما وباء الكوليرا فهو فصل فلبينى فى السجل الأسطورى للتقدم العلمى. ومثلما فعل خوزيه

ريزال الذى كان سلفا لأجونسيلو وجويريرو فى القرن التاسع عشر- والذى كان "أبا" التاريخ القومى، و"كذلك" دكتورا فى الطب - فإن أجونسيلو وجويريرو هما ومعظم الآخرين من مثقفى الفيليبين كانوا يدرجون الماضى فى مرتبته، بحساب من انتصار العقل والعلم على الخرافة والتأخر، وبالتالى، فإن ما حدث من انتصار ظاهر على الكوليرا فى ١٩٠٢ - ١٩٠٣ يتم تمثله فى سياق التاريخ العام للتقدم الطبى، مع فصم هذا الانتصار بعيدا عن تسلسله الأصلى فى زمن الحرب الاستعمارية وحملة التهدئة.

هذا الفصم إنما نشأ فى أكثره عن حقيقة أن التقارير التى كانت متاحة أكثر من غيرها عن أوبئة الكوليرا أثناء العقد الأول من الحكم الأمريكى، قد وضعها نفس الذين خططوا الإجراءات المضادة للكوليرا وهما: وزير الداخلية دين ورشستر ومفوض الصحة العامة دكتور فيكتور هايزر. يقول ورشستر إن الوباء "سرعان ما أتى بعد ختام حرب طويلة متصلة"، وبالتالى، فإن عددا غير قليل "من الأشخاص السيئى النية" قد انتهزوا الفرصة لإثارة المتاعب. كان روشستر يدرك أن ترويج الإشاعات والمقاومة الشعبية لحملته ضد الكوليرا، يشكلان بعض خيط متصل مع الحرب الأخيرة (التى كانت فى الحقيقة مازالت محتدمة وقت هجوم الوباء). ولكن بما أن الحملة الصحية تمثلت فى لغة خالصة من الطب وشئون صحة البيئة، وحيث إن مقاومتها كانت ملتصقة بالخرافة والتأخر، فإن قضية السيطرة الاستعمارية هنا قد تضاءلت تماما.

ومما ينور الذهن، أن نضع جنبا إلى جنب تصوير ورشستر للحرب ضد الكوليرا التى قادها هو نفسه، بجوار ما سرده كشاهد عيان للمعركة الشهيرة التى دارت بين القوات الأمريكية والفيليبينية فى ١٨٩٩، حيث نجد أنه حتى القائد الأمريكى قد امتدح فيها شجاعة الجنود الفيليبينيين ضد نيران تفوقهم. كان روشستر يستطيع فحسب أن يدرك ويصف ما قامت به القوات الأمريكية من "التقدم الباسل والقتال "الجرئ"، وكما يلاحظ مؤرخ سيرته ر. ج. سوليفان فإن ورشستر يحول الفلبينيين إلى "ما يكاد يكون مجرد أدوات مسرحية مساعدة تجريدية، فى دراما

موضوعها الرئيسى هو بطولة الأمريكيين ومهاراتهم العسكرية، فالفلبينيون إما أنهم (يتقهقرون فى فوضى هائلة)، أو أنهم يفرون (فى ارتباك تجاه أيموس) وإذا لم يكونوا كذلك فهو يصورهم على طريقة لوحات الرسم وكأنهم كائنات تجريدية، بحيث إن تجهيلهم هم أنفسهم هكذا يؤدى إلى إلقاء مزيد من الضوء الكاشف على ما لدى الأمريكيين من تفرد ومهارة عسكرية".

هذا وقد صورت الحرب ضد الكوليرا فى ١٩٠٢ - ١٩٠٤ بأسلوب مماثل حتى بواسطة الكتاب الوطنيين، أى وكأنها دراما موضوعها الرئيسى هو ما للأمريكان من بطولة ومهارة طبية وصحية، وحيث المساهمون الفلبينيون - وبالذات الضحايا الذين ينتمون إلى الطبقات الفقيرة - يقومون بوظيفة الستار الخلفى التجريدى فى ملحمة التقدم. وتحاول هذه الدراسة أن تضع هذه الدعاوى موضع البحث بأن تستكشف تلك الشهور من الاضطراب العظيم فى ١٩٠٢، عندما كان يصعب التمييز بالكاد بين الحرب ضد الكوليرا و"حملة تهدئة" الفلبينيين، وعندما كانت الإجراءات الطبية وإجراءات صحة البيئة والمقاومة الشعبية لهما بمنزلة فصول متصلة من دراما الحرب.

فى ١٤ مارس ١٩٠٢ وصلت إلى مانيلا سفينة من هونج كونج تحمل معها حالات من الكوليرا. وعلى الرغم من إجراءات الحجر الصحى الصارمة للتفتيش والحظر على مثل هذه السفن الواردة، فإنه سرعان ما أعقب ذلك اكتشاف أولى حالات الكوليرا فى منطقة شعبية تدعى فارولا قرب مصب نهر باسيج، حيث يعيش الكثيرون من

(*) كان الكونغو فى أول الأمر ملكا خاصا للملك ليوبولد يديره لمصلحته الخاصة ويسمى ولاية الكونغو الحرة، ثم تحول إلى مستعمرة ملك الحكومة البلجيكية التى تديره لمصلحة القطر البلجيكى كله وليس لمصلحة الملك. (المترجم) .

(**) طفيليات مجهرية دقيقة الصغر حجمها تقريبا ١٠×٥ ميكرون (جزء من ألف من الملليمتر) وتسبب مرض النوم. (المترجم).

(***) هو نوع من الذباب ينقل بلدغته طفيل التريبانوسوما من الحيوان أو الإنسان المصاب إلى الأصحاء. (المترجم) .

حمالى السفن وصيادى السمك وصغار المهربين. ومن هناك انتشر الوباء الذى سبب الهلاك فى القطر حتى نوفمبر ١٩٠٢، وظل يمكث فى تلكؤ حتى أوائل فبراير ١٩٠٤ وحصد فى النهاية ما يبلغ مجموعه - فى التقديرات المتحفظة - ١٠٩٤٦١ حالة وفاة، منها ٤٣٦٨ حالة فى مانيلا.

ما أن ثبت وجود الكوليرا حتى قام الوزير ورشستر بتعبئة أفراد الهيئات المدنية والعسكرية معا لاحتواء انتشارها. وهكذا سويت منطقة فارولا بالأرض ونقل سكانها إلى مخيم احتجاز. على أنه ثبت عدم جدوى محاولة احتواء الوباء فى مانيلا، ذلك أن الناس تمكنوا من "الفرار" ليلا أو حتى نهارا من خلال حقول الأرز. وحملت قوارب الأهالى الصغيرة من نوع الكانو العدوى معها إلى المدن المحيطة بخليج مانيلا. يقارن ورشستر الموقف بالمحاولة التى قام بها جيش الولايات المتحدة قبلها بسنين عديدة، حتى يعزل مانيلا بنطاق عن القوات الجمهورية المحيطة بها:

"إن ما لم يستطع الجنرال اوتيس أن ينجزه بآلاف من الجنود كان بمنزلة الأمر المستحيل على اللجنة الصحية، التى يعاونها شرطة المدينة ومئات معدودة من الرجال من شرطة الجزيرة".

لا ريب أنه كان من المحال احتواء الكوليرا، ذلك أنه حتى القوات الأمريكية كانت تساهم فى نشر المرض بتنقلاتها. وحملت إحدى سفن النقل العسكرية الكوليرا إلى مدينة نويفا كاسبريس فى الجزء الجنوبى الشرقى من لوزون(*). "ومن هذا المصدر انتقلت الكوليرا إلى عدد كبير من القرى فى هذا القطاع". كانت أول حالات ظهرت فى باجسانجان ماجايجاى فى إقليم لاجونا بين مجموعتين من الجنود، أرسلتا من معسكر والاس فى مانيلا فى ٢٤ أبريل ١٩٠٢ دخلت الكوليرا إلى وادى ماريكينا شرق مانيلا بواسطة قوات أرسلت لحراسة مصادر مياه مانيلا من العدوى. نبهت اللجنة

(*) لوزون إحدى الجزر الرئيسية من أرخبيل الفيليبين. (المترجم).

الصحية في هذا الإقليم على مفارز الشرطة بأن تظل بعيدا عن المدن لأنها نقلت العدوى من قبل لإحداها.

سرعان ما انتشرت الكوليرا عبر الفروع الرئيسية لنهر باسيج التي تؤدي إلى وادي ماريكينا والمدن الساحلية للاجونا أي بحيرة الخليج، حتى وصلت إلى أرض العصابات التي تقاوم الاحتلال الأمريكي: أي إلى أقاليم لاجونا وبانتجاس وتاياباس. الحقيقة أن مقتضيات الحرب هي التي سببت تأخيرا يبلغ حوالي الشهر قبل أن تصل العدوى إلى مدن البحيرة بلاجونا. ففي ١٠ ديسمبر من السنة السابقة كانت كل الموانئ قد أغلقت كجزء من خطة المجهود العام للجنرال ج. فرانكلين، بل لإجبار مالفار على الاستسلام. وأدى توقف حركة مرور الأهالي في البحيرة إلى أن تقلص تقلصا شديدا انسياب الإمدادات إلى معسكرات محاربي العصابات، كما أدت أيضا إلى إبقاء الكوليرا بعيدا عنها. وفي ١٩ أبريل، بعد ثلاثة أيام من استسلام مالفار، كانت كل القيود على التجارة والسفر في المنطقة سوف ترفع، إلا أن الكوليرا أجبرت على الإبقاء على إغلاق الموانئ حتى يتاح الوقت للجان الصحية المحلية لتنظيم الإجراءات الاحتياطية المطلوبة وتنفيذها.

لم تظهر الكوليرا ما دامت الموانئ مغلقة، "ولكن ما أن فتحت الموانئ (في أول مايو) حتى هاجم المرض في التو هذه الموانئ أولا، ثم انتشر بعدها إلى داخل البلاد". ثبت عدم فائدة الحجر الصحي الساحلي لأن الفلبينيين المصابين بالعدوى وبعض من الأمريكيين"، تمكنوا من الإبحار خفية فيما بين الموانئ؛ وكان ذلك يحدث عادة في الليل. مكنت مياه البحيرة الضحلة من أن يخوضها البعض للبر من السفن المحجوز عليها صحيا لمسافة تبلغ نصف الكيلومتر. "وما أن يصل المرض إلى البر حتى ينتشر بصورة شاملة، خاصة داخل المناطق الشعبية".

اتخذت الكوليرا ضحاياها من كل المستويات في المجتمع، بما في ذلك الأمريكان من الجنود ومن المقيمين بالبلاد، وكذلك الأفراد المبرزون من الفلبينيين والصينيين والإسبان، على أن توزيع الضحايا بين الأعراق والطبقات الاجتماعية لم يكن توزيعا

متساويا. فالأمريكيون والإسبان والصينيون كان لديهم مستشفيات مجهزة تجهيزا جيدا تقدم خدماتها خصيصا لهم. أما من الناحية الأخرى فنجد فى مستشفى سانتياجو للكوليرا أن أغلبية المرضى العظمى، تنتمى إلى الطبقة "غير الذكية" التى كان معدل الشفاء عندها ينخفض إلى ٢,٣٢ فى المائة. وكان سبب ذلك يعزى إلى سوء صحة البيئة وإلى "سوء التغذية فى حياتهم اليومية"، الأمر الذى نتج عنه "حالة من الانخفاض فى حيويتهم إلى حد أن أجهزتهم كانت عاجزة عن التفاعل ضد تأثيرات السموم التى تنتجها جراثيم الكوليرا". كانت الأسباب الرئيسية للأذى الشديد الذى تحدثه الكوليرا بين الطبقات الدنيا، هى الازدحام وسوء شئون صحة البيئة وسوء التغذية فى مناطق معينة من مانيلا.

كان الوباء "شديدا بوجه خاص" فى الأقاليم الموجودة جنوب وشرق مانيلا، حيث كانت مقاومة محاربى العصابات مقاومة شديدة. وقد لاحظ كبير أطباء الجيش فى منتصف يونيو "أن الكوليرا فى لاجونا وباتنجاس والجزء المجاور من إقليم تاياباس، قد انتشرت (بالفعل) فى شكل وبائى حاد، وربما تكون قد أصابت مئات من الحالات دون تسجيل لها". وكانت أرقام معدل الوفيات مما يثير "الأسى والتأثر العنيف" - وهناك دراسة حديثة تصل فيها قائمة الموتى إلى ٢٠ ألفا فى باتنجاس وحدها - ويعزى هذا الارتفاع فى الوفيات إلى حقيقة أن "أفراد القوات المسلحة والأهالى معا، قد تعرضوا حديثا إلى ما للحرب من تأثيرات تؤدى إلى إضعاف الروح المعنوية والأبدان، خاصة فى باتنجاس ولاجونا".

هكذا وفدت معا ظروف الحرب والكوليرا والمجاعة، على الأقل فى جنوب غرب لوزون. لو أننا اعتمدنا على التقارير التى كانت تخرج من مانيلا فستكون علاقات الارتباط هذه غير واضحة. كل مالدينا حقا هو تلك الملحوظة التى أوردها مفوض الصحة العامة فى تقريره عن شهر أغسطس قائلا: "كان من الضرورى فى مثل واحد أو مثلين أن نرسل طعاما، حيث بلغت ندرة ما يوجد من الأرز فى بعض المدن حدا كبيرا بما جعل ذلك عاملا مهما له دوره فى الوضع القائم للكوليرا". ويرد ذكر الفقر

وسوء التغذية ومعهما سوء شئون صحة البيئة، على أنها بعض أسباب ما ينتج عن الوباء من "أذى شديد" بين الطبقات الدنيا. على أن أى صلة بالحرب كان يكتم أى ذكر لها. عندما ورد ذكر معسكرات الاعتقال فى تقرير كبير الأطباء عن ١٩٠٢، زعم أن الأفراد فى هذه المعسكرات لم يسبق لهم أبدا أن خبروا ظروف حياة أفضل منها، وبالتالى فقد كانت فرصة نجاتهم أحياء من الوباء فرصة أفضل.

هيا نعيد فحص هذه الشهور الحرجة من مارس إلى مايو ,١٩٠٢ حسب ما يقوله مالفار، فإنه كان مجبرا على اتخاذ قراره بالاستسلام فى ١٦ أبريل بسبب:

> **"خطة إعادة الحشد فى المناطق، ونفاذ إمدادات الطعام فى البلد. ولولا أننى عرفت ما كان يمر به الناس الذين توسلوا إلى أن أستسلم، لأنهم إن لم يستطيعوا زرع الأرز فى شهر مايو فسوف يموتون موتا أكيدا كل التأكيد فى السنة القادمة، سنة ١٩٠٣، لولا أنى عرفت ذلك لما كان ينبغى أن أستسلم".**

ولابد أن مالفار قد عرف أيضا أن الكوليرا التى كانت وقتها تدمر مانيلا، قد أصبحت موجودة بالفعل فى أقصى شمال منطقة عملياته، بإقليم لاجونا. التاريخ الرسمى لأول ظهور للكوليرا فى لاجونا هو ٧ أبريل. بعد ذلك بخمسة أيام أبلغ قائد القوات الأمريكية فى العاصمة الإقليمية كالامبا عن حالة مشتبه فيها فى مركب بضائع أهلية وصلت من مانيلا. فى اليوم التالى أحرق كوخ من النخل فى منطقة شعبية على حافة المدينة بعد أن ماتت زوجة صاحب الكوخ من الكوليرا. لما كانت أهوال وبائى ١٨٨٢ و ١٨٨٩ مازالت ماثلة فى أذهان أناس كثيرين، فلا يمكن أن يوجد أى شك فى أن الشائعات فى مانيلا عن الكوليرا، قد زادت من مطالبة النخبة المحلية بإنهاء مقاومة محاربى العصابات.

كان من المفترض أن استسلام المقاومة سيؤدى إلى إنهاء مناطق إعادة الحشد، وإعادة توزيع الفلاحين إلى قراهم، مع إعداد حقول الأرز، وإعادة فتح شبكات تجارة

الأرز. إذا كان الجنرال بل قد أكد على أنه "لا يوجد مطلقا أى حالة من الجوع فى حدود منطقة فرقته، ولا أى معاناة بسبب ذلك "، فإنه أقر أيضا بأن الأرز كان يستورد إلى المنطقة. وكان الجنرال بل يعتمد على حقيقة أنه مع انتهاء الحرب "سيكون (من الممكن) إعداد الأرض كلها الإعداد المناسب قبل موسم الغرس". كان هذا أمرا له أهمية حاسمة تماما. أما التقرير الرسمى العنيف عن "معسكرى الاحتجاز" فى تاناوان وسانتو توماس فيذكر أن الأرز الموجود، بما فى ذلك المخزون الاحتياطى، لا يكفى إلا حتى ٣٠ أبريل وأول مايو على التوالى. وكانت قوات فرسان الولايات المتحدة قد قامت بعمليات بحث وتدمير دمرت فيها مخزون الأرز الذى لا يمكن نقله إلى مناطق القوات. وكانت معونة الأرز ستمكن الناس من أن يأكلوا حتى جنى محصول سبتمبر، ولكن المنطقة لن تعود إلى الوقوف على قدميها إلا مع عودة إنتاج الأرز إلى الوضع الطبيعى. ولسوء الحظ فإن تفاؤل الجنرال بل قد أفسدته عوامل من مضاعفات مثل انتشار طاعون الماشية والجراد والكوليرا.

توضح حالة كالامبا وما يجاورها من المدن الصلة بين مشكلة الطعام ومجموعة القيود الجديدة التى سببتها الكوليرا. كانت كالامبا مقر مركز قيادة الفرقة الجمهورية لجنوب لوزون التى يقودها الجنرال خوان كايلس. هذا وقد وقعت فى ١٨٩٩ معارك عنيفة بين قوات الولايات المتحدة وشتى خطوط الدفاع المحيطة بكالامبا، الأمر الذى نتج عنه تدمير أعمال الرى. وبالتالى لم يزرع أى أرز حول المدينة منذ ١٩٠٠ مع حشد الجماهير فى مركز المدينة فى مارس ١٩٠٢، أعطى الإذن بإنشاء فرق عمل لإصلاح عدة سدود للمياه وكان ذلك يجرى فى أول الأمر تحت الحراسة. كان الأمل أنه سيتم زرع الأرز فى ذلك العام. كانت المدينة فى نفس الوقت تعتمد فى الحصول على الأرز على كابويا وبينان المجاورتين لها. حتى فبراير، كان لا يزال فى إمكان قائد بينان الأمريكى أن يخبر نظيره فى كالامبا بأنه: "لو أصبح من الضرورى عليك أن تشترى الأرز للأهالى المعوزين أو الجائعين، فإن لدى وفرة فائقة من المحصول الذى تم جنيه ويتوق الأهالى لبيعها".

إلى ما قبل استسلام مالفار، كان يُسمح بدخول الأرز من المدن المجاورة بالأسعار العادية للسوق. على أن هذا ما لبث أن "أوقف فجأة بسبب تنظيمات غير متوقعة من الحجر الصحى كان ظهور الكوليرا قد جعلها أمرا ضروريا". وفرضت بخاصة "حراسة متصلة" على خط الحدود بين كالامبا وبينان الغنية بالأرز. وأصبح الأرز غير متاح إلا من المفوضية الأمريكية، وكان يباع إلى الفلبينيين الأكثر ثراء أو يوزع مجانا على الفقراء حسب الاحتياج. مما لا يثير الدهشة أنه كانت تجرى محاولات متكررة لاختراق خطوط الحراسة. وكان الناس يعبرونها ليلا ليعودوا بحصص من الأرز والأرز غير المقشور. زاد من سوء الموقف حقيقة أن مايو كان شهر المواسم المحلية التى يجرى فيها الاحتفال بالقديسين الراعين للبلاد. ومن الظاهر أن طعاما مصابا بالعدوى جُلب من مانيلا لأحد احتفالات الموسم "فساعد واقعيا" على نشر العدوى فى بينان.

هناك روايات عديدة عن الطريقة التى جعلت خطوط الحجر الصحى تقطع انسياب الطعام من المدن ذات الفائض، إلى المدن التى تعتمد عليها فى أقاليم ريزال ولاجونا وباتنجاس. هناك ما يساوى ذلك من روايات عديدة عن كيف أنه منذ شهر يوليو بالذات، مع استنفاد احتياطيات الأرز فى بعض المدن، حدثت انتقالات لها قدرها من الأفراد الذين يلتمسون بيع أو شراء الأرز والسمك وغير ذلك من منتجات الطعام. يذكر ج. س. بيرى الضابط الأول للحجر الصحى أن الحجر الصحى، "كان بلا جدوى تماما" بسبب تهريب الطعام. وهو يعزو ذلك إلى "الجهل"، وتمنى لو أنه كان يتعامل "بدلا من ذلك مع أفراد أذكياء من الأمريكيين أو الأوروبيين". على أنه بالنسبة لسكان تلك المناطق التى مزقتها الحرب، كان الأمر فى النهاية هو الاختيار بين الموت جوعا أو الموت بالكوليرا. وبعد فترة من الحجر الصحى الشديد ومن تفتيش البيوت بيتا لبيت، كان على الجيش أن يقتنع بأن يعزل أو "يحمى" جنوده من أفراد الجماهير من الأهالى، أو حتى أن ينسحب إلى ثكناته.

وفى ١٩٠٢ أصبح الموقف الزراعى موقفا ميئوسا منه حتى مع عدم فعالية الحجر الصحى ورفعه فى النهاية، وكان طاعون الماشية الذى ظهر لأول مرة فى الفترة التى سبقت توا وباء الكوليرا فى ١٨٨٨، قد أدى إلى إهلاك أكثر من تسعين فى المائة من حيوانات العمل. أما العمل باليد الذى كان يساعد عليه فى بعض المواقع الإمداد بالمجارف من حاميات الولايات المتحدة، فلم يكن يفيد إلا فى تشغيل مساحة محدودة. كما أن قوة العمل كانت قد انخفضت بما سببته الكوليرا من هلاك، ناهيك عن ذكر ما واكب ذلك من حمى الملاريا ومرض البرى برى(*). اكتسحت الكوليرا المنطقة فى أقل من شهر بعد إنهاء معسكرات الاعتقال فى أواخر أبريل، وأخذ احتياطى الأرز ينفد فى نهاية ذلك الشهر، وكان من المؤكد أن يؤدى ذلك إلى أن يصاب فلاحو جنوب تاجالوج "بالوهن" و "انهيار معنوياتهم". كان الأمر الوحيد الذى منع تحول هذه "المعاناة" إلى كارثة ديموجرافية هو استمرار معونة الأرز، التى التمس مالفار نفسه تقديمها فى أغسطس. ظل عمدة سان خوان فى باتنجاس يلح ببرقيات أرسلها إلى بل فى منتصف يونيو، ويذكر فيها أنه "لدينا حالات كوليرا فى هذه المدينة. ويموت أفراد كثيرون بسبب الجوع أكثر ممن يموتون بالكوليرا، ولهذا فإنى أتوسل إليكم أن تمنحونا حمايتكم".

قد يبدو أن استسلام مالفار واعتماد الفلاحين المتزايد على معونة الطعام الأمريكى، أمران قد أديا إلى إنهاء الحرب على نحو فعال. على أنه مما يمكن نقاشه أن الحرب فحسب قد انتقلت من ميدان المعركة إلى المدن، وأن النضال قد استمر، وهو لم يعد بعد حول السيطرة على سيادة الأراضى، وإنما على أجساد الناس ومعتقداتهم وممارساتهم الاجتماعية. وهكذا فإن أطباء الجيش الأمريكيين، وهم الحملة التقليديون

(*) البرى برى: مرض يسببه نقص الثيامين أحد عوامل فيتامين ب، ويؤثر فى الجهاز العصبى المركزى بما يسبب الإحساس بالخدر (التنميل) وتغيرات فى رد الفعل العصبى للعضلات. وتتوافر مادة الثيامين طبيعيا فى الأرز غير المبيض. (المترجم).

للطب العلمى فى عالم المستعمرات، حلوا فحسب مكان الضباط وأفراد الهجوم الذين كانوا يعملون فى الفترة الأولى من الغزو. وبمعنى ما فإنها كانت الحرب القديمة نفسها، ولكن فى وضع جديد أكثر تعقدا، وضع معقد يتساءل فيه المرء: هل هناك حقا من يستطيع أن يجادل ضد إنقاذ الحيوانات البشرية باتباع الإجراءات السليمة للتطهير والعزل والعلاج والتخلص من الموتى؟

اتخذت إجراءات الشئون الصحية للبيئة فى أعقاب قيام الجنرال بل بهجومه العسكرى فى بداية ديسمبر ١٩٠١. وكما يقر هايزر بصراحة فإنه "لما كان عليهم أن يحموا قواتهم، فإنهم بسبب ذلك قرروا أنه يجب أن يفعلوا شيئا ما بالنسبة للكوليرا، وإذ قرر الأمريكيون ذلك، فإنهم كانوا على غير استعداد لتحمل أى عقبات فى سبيل الإجراءات الصحية. وكما كتب طبيب محنك، فإن الكوليرا فى الحقيقة كانت المشكلة الأقل صعوبة عند مقارنتها بمشكلة "شعب جاهل متشكك قد أفقرته الحرب والجراد وطاعون الماشية ونغّص الغزو عليه حياته"، الأمر الذى يجعل إجراءات الشئون الصحية للبيئة مهمة صعبة أبلغ الصعوبة، تتطلب الكثير من الصبر واللباقة والحزم، وتقع وطأة مسئوليتها على الجيش.

كان الأساس المنطقى لتدخل الجيش هو تطهير المناطق، والعمل على استئصال الكارثة المزدوجة من وجود الجراثيم القاتلة وانتشار العناد المستعصى شعبيا. كانت طريقة علاج الأمر تتماثل مع الطريقة التى شكلت إطار برنامج الجنرال بل فى هجومه العسكرى فى ديسمبر.

"أتوقع أن (أطهر) أولا شبه جزيرة لوبو. وسوف أنقل مركز القيادة بعدها بجوار بحيرة تال، و(أكتسح) البلاد غربا إلى المحيط وجنوب كافيت، لأعود من خلال ليبا. سوف (أقلب وأطهر) جبال ليبا. وإذ ألتف شمالا فإن البلاد... يكون قد تم (تقليبها)... ثم أعود فألتف يمينا، لتتم (معالجة) البلاد كلها بنفس المنوال... إلخ".

ساهمت التطورات التى حدثت فى طب القرن التاسع عشر، فى أن يحدث التقاء بين أسلوب الحرب الاستعمارية وأسلوب التحكم فى المرض. كان الأطباء الأمريكيون

بحلول ١٩٠٢ يؤيدون على نحو شامل تقريبا نظرية الجراثيم، أو بصفة أعم مبدأ وجود مسبب معين للمرض. ظهرت كتابات باستير عن هذا الموضوع فى نفس الوقت تقريبا الذى ظهرت فيه نظرية داروين عن التطور. فى ذلك الوقت حيث كانت العلاقات بين الكائنات الحية توضع فى سياق من الصراع للبقاء، وحيث يكون الكائن الحى إما صديقا أو عدوا للآخر، فإن نظرية الجراثيم أنشأت نوعا من الحرب البيولوجية الهجومية ضد الميكروبات التى تسبب المرض، والتى يجب استئصالها من الفرد الذى أصابه المرض ومن المجتمع. عندما اكتشف بعد ١٨٧٠ وجود كائنات دقيقة معينة تسبب المرض، أعتبر أن هذه الكائنات الدقيقة هى "ال" سبب فى أمراض معينة. وعندها أصبح من السهل التفكير فى المرض على أنه كيان يتجسد فى الجراثيم ويندفع منطلقا فى المجتمع. هكذا فإنه فى حوالى نهاية القرن التاسع عشر تراجع للوراء التفكير الطبى الذى كان يدرك أهمية حالة المريض ذهنيا، ويرجع المرض إلى انعدام الاتساق بين الإنسان وبيئته، تراجع هذا التفكير فى أوروبا وأمريكا ليفسح المكان للبحث عن الجراثيم المعينة للمرض والسلاح المعين لمقاومتها.

فيما بين ١٨٧٥ و١٩٠٠ عين علماء البكتريولوجيا الفرنسيون والألمان، الجراثيم التى لها دورها المرتبط بالكثير من الأمراض المعدية الخطيرة مثل الكوليرا والتيفود والسل. وكما هو مشهور فقد اكتشف روبرت كوخ الطبيب الألمانى البكتريا العصوية للكوليرا فى ثمانينيات القرن التاسع عشر، من خلال أبحاثه التى أجراها بالمستعمرات البريطانية فى مصر والهند. على الرغم من أنه لم يتم العثور إلا على وسائل علاج قليلة بعد مرور نصف قرن، فإن الدلالات بالنسبة للإجراءات الوقائية أصبحت أمرا ظاهرا. وأخذت إجراءات إصلاح شئون الصحة البيئية تجرى على نحو جدى فى الولايات المتحدة ابتداء من سبعينيات القرن التاسع عشر، وقد حفز عليها مخاوف الجماهير من عودة الكوليرا للظهور كما حدث فى الثلاثينيات والخمسينيات. فى حوالى ١٩٠٥ كان التحكم فى إمدادات المياه أو الطعام وفى الحشرات الناقلة للأمراض قد أدى إلى إيقاف انتشار التيفود والكوليرا والحمى الصفراء والملاريا.

فى ذلك الوقت، وقد سبق للأطباء الأمريكيين وهيئة العاملين بالشئون الصحية للبيئة أن شهدوا فى التو بريق الانتصار على المرض فى بلادهم هم أنفسهم، فإنهم أصبحوا يواجهون الكوليرا فى الفيليبين. كانوا هكذا مسلحين بمعرفة اكتشافات كوخ والعلماء الآخرين. وبعمليات ترويض المرض فى أوروبا وأمريكا والمستعمرات، وبمعرفة أسباب المرض، ووسائل توقيه ووسائل العلاج المتاحة وقتها. وفيما يلى فقرة من تقرير المفتش العام فى ١٩٠٢ فيها ما يتضمن إحساسهم بأنهم ما من شئ يمكن أن يعوقهم أو يعوق تقدم العلم:

"ظل ظهور الأوبئة بين البشر والحيوانات أمرا ملحوظا منذ تقدمنا فى الشرق الأقصى. ولكنها كانت تأتى وتذهب كموجات، بحيث لا تحدث إلا تأثيرا بسيطا فى الوعى القومى، ذلك أن العلم أخذ يسيطر على الموجات المتعاودة ويمحوها تقريبا. وحتى الطاعون الدبلى رحل وهو لا يكاد يلحظه أحد. ومازال النضال مستمرا. ولو حدث إهمال من فرد واحد من أفراد الحرس العلمى لأدى ذلك إلى معاناة الكثيرين".

تشكلت العقبات من البيئة الحارة، والحرب، والجماهير العنيدة على وجه الخصوص، إلا أنها كلها تعد عقبات تافهة أمام تنفيذ نواتج المعرفة الخالصة التى يدعمها العلم والتاريخ. وليس مما يثير الدهشة أن تكون الروايات التى قيلت عن العمليات التى جرت أثناء الوباء مشبعة بالإحساس بتنفيذ الرسالة وبالنصر العادل. تعد الواقعة التالية مثالا نموذجيا لذلك: "(فى كالاتاجان وباتنجاس) لما كان معظم الأهالى جهلة يؤمنون بالخرافات التى تتضمن التسليم بالقضاء والقدر، فإنهم كانوا لا يؤمنون بفاعلية هذه الإجراءات وكانوا يعارضون تماما ما تحويه من قيود". وبالتالى، فقد مات من الكوليرا ما بين ٢١ يونيو و ٣ يوليو ٦٥٠ فردا، وذلك قبل أن تتخذ السلطات الأهلية قرارها بإبلاغ الأمريكيين عن الموقف. فى خلال أسبوع واحد " كان الأطباء والجنود الذين أرسلوا إلى هناك قد أوقفوا ما تحدثه الكوليرا من دمار".

استمرت حرب الكوليرا تدور حسب الخطط الحربية المعروفة. وكمثل فإن أطباء الجيش كانوا مسلحين "برصاصات سحرية" تجريبية يطلقونها للقضاء على الميكروب العصوى. من بين الأدوية التى استخدمت على نطاق واسع دواء البنزوزون، الذى وجد أن ابتلاعه يحرق الأنسجة المبطنة للفم والمعدة. وفى النهاية تم تخفيف هذا الدواء ومزجه بمحاليل تستخدم لغسل الأحشاء والأمعاء الدقيقة. كانت وسائل العلاج الروتينية تتضمن أيضا استخدام بيروكسيد البنزويل الاستيلى وكاربونات الجوايا كول، والكالوميل، وبرمنجنات البوتاسيوم، وحمض التنيك بتركيز من اثنين فى المائة، وحمض الكبريتيك المخفف. كانت هذه الوسائل للعلاج فى الحقيقة وسائل تجريبية، تأسست على افتراض أنه - لابد - سيكون هناك دواء له القدرة على مهاجمة وتدمير ميكروب الكوليرا الواوى داخل المريض. أدى استخدام الأطباء الأمريكيين لهذا الوسائل للعلاج هى وغيرها من الوسائل غير المألوفة، إلى أن جلب لهم فحسب بغض مرضى الكوليرا الفلبينيين "وهو بغض كان جد شديد فى أمثلة كثيرة بما جعل من الضرورى أن تستخدم القوة لتعاطى الدواء". فى النهاية فإنه ما من واحد من هذه الأدوية قد أثبتت فائدته، على الأقل حسب خبرة هايزر فى الفيليبين.

من الأمور التى لها أهميتها القصوى فى هذه الحرب القدرة على إجراء عمليات البحث والترقب. وقد نظم ورشستر لهذا الغرض فصائل من المفتشين يقودها أطباء من كتائب الجيش التطوعية. وكان معظم المفتشين فى أول الأمر من الفلبينيين. ولكن سرعان ما سُرح هؤلاء بسبب عجزهم عن فهم أن "هذه الإجراءات حتى تكون فعالة، لابد أن تفرض على الأغنياء مثل الفقراء، وعلى الأقوياء مثل الضعفاء"، وتم تجنيد كل صنوف الأمريكيين: من كتبة ومدرسين ورجال شرطة وجنود سابقين. وكان بين هؤلاء البعض "ممن ليس لديهم إلا أقل اعتبار للأهالى، وكانوا يفرضون عليهم بأسلوب فظ لائحة النظام التى كانت أصلا تعد لائحة منفرة، الأمر الذى زاد من المعارضة الشعبية". وكان من نتيجة ذلك أن قُتل العديدون منهم. أما فى مدن الجنوب الغربى من لوزون، فقد استمر المفتشون والحراس من الأهالى فى الخدمة ولكنهم كانوا تحت

إشراف دوريات من الجنود البيض كثيرا ما كانت دوريات راكبة. تولى حراسة البيوت المحجور عليها صحيا كشافة فلبينيون، من قوة قاسية مختارة تتألف فى معظمها من غير التاجالوجيين.

هكذا فإن الكوليرا قدمت الشكل الصارم لطبيب الجيش الأمريكى الأقل انفتاحا، عن ضباط الجيش العاديين فى تفاهمهم مع النخبة المحلية. وإذ ألحق أطباء الجيش بمعظم اللجان الصحية المحلية لأداء ما اختيروا له من مهام، فإنهم لم يظهروا إلا أقل احترام لزملائهم من الأطباء الفلبينيين، وعموما فإنهم كانوا يتجاهلون المعارف المحلية التى اكتسبت من الأوبئة السابقة. وكما يعبر عن ذلك النقيب س. دى ماى، فإن مهمتهم كانت على وجه مثالى "أن تحكم بعصا من فولاذ". موظف الشئون الصحية "ينبغى أن يكون القائد الحاكم للمدينة عندما تكون هذه المدينة مهددة بالوباء أو يوجد فيها الوباء، ويجب أن تترك له الحرية ليتصرف حسب ما يقرره". وبالتالى، فإنه فى سياق الوباء يحل الطبيب مكان القائد العسكرى. هايزر وإن لم يلتحق قط بالجيش إلا أنه يدافع عن طبيب الجيش أيضا فى قوله معقبا: "أيا ما كانت أهمية رجل الطب فى أنحاء أخرى من العالم، إلا أنه هو والمهنة التى يمثلها كان لهما (المقام الأول) فى الفيليبين".

فى استطاعتنا أن نعين "المناطق المختلفة للمعركة" فى حرب الكوليرا. ولعل من أبرزها قضية الاحتجاز. وقد رأينا كيف انهارت خطوط الحجر الصحى أمام الحاجة الضاغطة للحصول على الطعام أو بيعه. الحجر الصحى كان يشكل جزءا من هدف أوسع هو احتواء المرض. وعندما اكتشف المرض لأول مرة فى منطقة فارولا، حاولت فصائل ورشستر أن تحيط المنطقة بحزام عازل تماما حتى تعزل المصابين وأيا ممن خالطهم. على أنه "سرعان ما انتشر المرض بين الناس المحتجزين بحيث إن استمرار الحجر الصحى كان سيعد غير إنسانى"، وبالتالى فقد تم نقل السكان إلى مخيم احتجاز. سرعان ما أنشئت مخيمات عديدة كهذه فى مانيلا والمدن الإقليمية.

يصف لنا هايزر كيف كان "رجال غير متنورين يتحركون بجلبة بنقالات الإسعاف ويرفعون المرضى بلا كياسة من فوق حشياتهم، وينقلونهم بعربات بدائية بعيدا عن أسرهم التى تولول". ولم يستطع افراد الأسر أن يفهموا السبب فى منعهم من أن يتبعوا مرضاهم. "وكان يحدث بمعدل من أربع حالات من كل خمس أن تكون هذه آخر مرة يرون فيها أحباءهم قبل أن يصلهم سريعا بلاغ مقتضب بأن يأتوا إلى المستشفى للتعرف على موتاهم". كان حجز المرضى فى المستشفيات والمخالطين فى مخيمات الاحتجاز أمرين يرهبهما الناس مثل رهبتهم تقريبا من الكوليرا نفسها. أحد أسباب ذلك أن المستشفيات أثناء الحكم الإسبانى كانت تعد أماكن "حيث يمكن للناس الذين تبلغ بهم تعاستهم أن ليس لهم بيوت يموتون فيها، أن يذهبوا إليها لينهوا أيامهم. كان من المستحيل تقريبا أن يدخل إليها أى طبقة أخرى من الأفراد". وبالتالى، فإن ضحايا الكوليرا "كان يلزم أحيانا أن يؤخذوا إلى المستشفى بالقوة". كان مما يضاعف من هذا البغض التقليدى للمستشفيات بعض الإشاعات المرعبة التى انتشرت من مانيلا حتى سيبو، وذلك عن "سوء المعاملة الرهيب فى مخيمات الاحتجاز، وعن ارتكاب جرائم قتل عن عمد للمرضى فى مستشفيات الكوليرا". كان مما يقال إن المرضى عند وصولهم يعطى لهم السم فى نبيذ إسبانى رخيص ليقعوا موتى فى التو. كان هناك أيضا حكايات عن التسمم بالإستركنين بدعوى ضرورة استخدامه كمنشط للقلب.

كان إجراء الاحتجاز على نحو صارم يبرَّر بالفكرة السائدة وقتها فى الطب الأمريكى، وهى أن المرض كيان بيولوجى فيزيقى بحت، عامل دخيل، يجب استئصاله من الأجزاء الصحية من المجتمع. على أن الجمهور الفلبينى كان يرفض إلى حد كبير أن يفصل بين المرض وشبكة العلاقات الاجتماعية التى يظهر فيها. هكذا كانت الإشاعات والكتمان والمراوغة وسائل مختلفة يقاوم بها أفراد الجمهور ما فرض عليهم كتعريف للمرض والعلاج. أصبح الخلاف جد شديد بحيث كان لابد من تقديم تنازل ما لتلك "الطبقات الجاهلة": فنصبت خيام فى أفنية مستشفيات الكوليرا ليأوى إليها أقارب

المرضى أو أصدقاؤهم. وكان يسمح لهم بزيارة العنابر مرة أو مرتين فى كل يوم. كما سمح أيضا للأطباء الفلبينيين بالدخول ليمارسوا "وسائل علاجهم المختلطة" والتى كانت تتضمن إبقاء المريض فى بيئة مألوفة مطمئنة حيث تتم العناية بمعنوياته مثل العناية بجسده.

تم فى وقت ما عند منتصف مايو فى مانيلا التوقف تماما عن نقل المخالطين إلى مخيمات الاحتجاز حيث إن هذا الإجراء لم ينتج عنه إلا أن أصبح إخفاء الحالات المرضية هو القاعدة. بل إنه فى أول يوليو تم حتى إلغاء الاحتجاز فى المنازل. كما أبطل الجنرال بل الاحتجاز الإجبارى فى باتنجاس ولاجونا فى ٢٣ مايو. وأصبح الناس من بعدها يعزلون فى بيوتهم حيث كانت سلطات البلدية تضع حراسا عليها.

فى أثناء الأسابيع القليلة الأولى من الوباء فى مانيلا، كان أعضاء الأسرة المصابة يبعدون إلى مخيم احتجاز. وليس هذا فحسب، بل كان المنزل نفسه يدمر بحرقه إذا كان مبنيا من النخيل. فجرثومة الكوليرا تكمن فى القذر والهوام المصاحبة "لمساكن الأهالى" الموبوءة بالعدوى، والتى يجب تدميرها بجراثيمها وكل ما فيها. عرضت كتب كثيرة عن الصحة وشئون صحة البيئة فى الفيليبين تلك الصورة الفوتوغرافية الشهيرة لإحراق المنازل فى منطقة فارولا.

المشاكل التى تنشأ عن هذه الطريقة الفعالة لتدمير جراثيم الكوليرا مشاكل واضحة. ويطرح مدرس أمريكى فى سيبو الأمر بالطريقة التالية:

> **"كان الكثيرون من الفقراء لا يجدون مطلقا أى سبيل للاستعاضة عن منازلهم. عندما يقال لهم إنه ستدفع لهم قيمة المبانى المدمرة فإن هذا يعد من أطيب الأمور. على أنهم كان لديهم من وافر الخبرة ما يكفى لأن يجعلهم لا يثقون كثيرا فى هذه الحكايات. وكان عليهم أيضا أن ينتظروا لستة شهور حتى ينقضى الزمن**

المعتاد بالنسبة للخط الأحمر للحظر. أين يعيشون أثناء ذلك الوقت؟ إن من الأفضل أن يتركوا الأب أو الأخ ليموت دون ذكر شئ عن ذلك".

اتخذت مقاومة الحرق شكل إشاعات "كان يجرى تداولها على نحو واسع" ويذكر فيها أن بيوت الفقراء تحرق لتفسح المكان "لما سوف يبنى فى المستقبل من مساكن ومستودعات للأمريكان الأغنياء". لما كان حرق البيوت "قد أثار عداء عظيما لدى الناس الأكثر فقرا"، فإنه سرعان ما تم التخلى عنه فى مانيلا ليستخدم بدلا منه التطهير الشامل.

تم فى الأقاليم تنفيذ الأمر الحكومى ٦٦، الذى يشترط بين أشياء أخرى، أنه يجب حرق بيوت النخيل لحالات الكوليرا، بينما يجب تطهير البيوت المبنية من الخشب. وبالتالى، فقد استثنيت النخبة المحلية من حرق البيوت. لدينا فى الواقع تقرير واحد فقط عن حرق أحد البيوت فى جنوب غرب لوزون - هو عن حرق بيت نخيل فى منطقة شعبية فى كالامبا قدرت قيمته بخمسة عشر دولارا (مكسيكيا). على أنه لابد أن هناك بيوتا، أكثر قد أحرقت. فقد خصصت الحكومة المفوضة للفلبين مبلغ ٣٩. ٤٦٢٤ دولارا، كتعويض يدفع للدعاوى التى يطالب بها أصحاب المنازل التى دمرها حرقا الموظفون الطبيون فى مدينة لومبانج. ولو قلنا مثلا إن كل كوخ من أكواخ النخيل المحروقة فى لومبانج يكلف ١٥ دولارا، يكون من الممكن إذن أنه قد تم تدمير ٣٠٨ بيوت فى تلك المدينة. وهذا أمر محتمل. هذا وكان ثمة مدرس أمريكى فى سيبولم يستطع أن يحمل نفسه على تنفيذ الأوامر بالحرق لأنه "لايكاد يبدأ أحد الحرائق فى إحدى هذه المدن، حتى يكتسح آكرات(*)وآكرات قبل أن يمكن إيقافه "ولم يحرق هذا المدرس سوى كوخ أو كوخين قديمين خربين".

(*) الآكر: وحدة مساحة تساوى ما يقرب من فدان أو أربعة آلاف متر مربع. (المترجم).

لابد من أن مدن جنوب غرب لوزون التى كانت تحت سيطرة الجنرال بل، لم يكن فيها إلا عدد جد قليل من الموظفين الطبيين مثل ذلك الذى كتب قائلا "ذهبت بعدها إلى كافيت، حيث وقعت حالات فى أحد الأسواق المزدحمة. وتم تدمير السوق حرقا. والنتيجة هى أنه لم يظهر مزيد من حالات الكوليرا لمدة أطول من الشهرين". قبلها كان النقيب دى ماى قد دمر حرقا بيتا فى مالولوس شمال مانيلا. على أى حال، فقد تم إحراق مناطق شعبية بأسرها خارج مناطق القوات أثناء الهجوم العسكرى للجنرال بل مما أدى بالفعل إلى نفور جماهيرى ضد جيش الولايات المتحدة، وهكذا فإن الإجراءات التى تمت أثناء الوباء بحسن نية كان لا يمكن تقبلها بإذعان. لا ريب فى أن التهديد بالحرق ظهر تأثيره على نحو كبير فى إخفاء أكثر من خمسين فى المائة من حالات الكوليرا فى المنطقة. فى ٢٣ مايو أصدر بل فى النهاية أوامره بألا يحرق المزيد من البيوت عندما يكون عدد الحالات فيها صغيرا أو حيث تكون الكوليرا قد اختفت بالفعل.

لم تكن مشكلة البيوت الموبوءة كبيرة مثل مشكلة الجثث الموبوءة التى كانت تتكوم أثناء وباء الكوليرا. فى ١٨٨٢، عندما خبرت مانيلا عددا من الوفيات يقدر بما يتراوح بين ١٣ و٣٤ ألف حالة وفاة، كانت الجثث تظل بلا دفن لعدة أيام. وكانت منطقة سان لازارو، حيث يقع مستشفى الكوليرا، جد ممتلئة "بغازات الجثث المتعفنة" حتى كان يصعب على المرء أن يسير فيها. أخيرا تدخلت الحكومة بإرسال كتيبة من المهندسين للمساعدة على دفن الموتى "جماعيا" فى حفرة عامة. وكانت طرق الاقتراب من مانيلا "مسدودة بعربات من كل وصف محملة بالجثث".

نشأت نفس المشكلة فى ١٩٠٢. وبحلول نهاية يوليو، كان فناء جبانة توندو مليئا بالأجداث، فحظر دفن أى مزيد فيها. وكما حدث فى الماضى، تم تخصيص مساحات أرض جديدة للجبانات فى الضواحى، على أن الحكومة الأمريكية ظلت قلقة من أن تصاب طبقات المياه الجوفية بالعدوى. لا ريب فى أنه لم يتم هذه المرة حفر قبور جماعية. فضلت الحكومة بدلا من ذلك حلا أكثر كفاءة: هو حرق الموتى إلا أن هذا لم

يتم فرضه على نحو مباشر. بدلا من ذلك فإن اللجنة الصحية للجزيرة أصدرت قرارا بأنه يجب وضع الجثث فى توابيت معدنية محكمة الغلق قبل دفنها فى قبور تبلغ عمقها سبعة أقدام. وإلا، فإن الجثث ينبغى إرسالها إلى المحارق على نفقة الحكومة. والآن، ما هو عدد من يستطيعون دفع تكلفة التوابيت المعدنية؟ مرة أخرى كان الفقراء هم الذين تلقوا هذه الضربة.

ما من فلبينى يوافق وهو فى كامل عقله على حرق الموتى. وكان هناك مدرس أمريكى مقتنع بأن "الطريقة المثالية" للتخلص من الجثث هى "حرقها"، وقد اكتشف هذا المدرس أن مجرد ذكر أى شئ عن ذلك كان يثير عاصفة من المعارضة المبنية على الخرافات":

"أخبرنى الفلبينيون والإسبان معا أنه سيكون خطأ هائلا أن نحاول حرق أى جثث حتى مجرد المحاولة. فالأهالى يرتعبون أشد الرعب من ذلك، وسيفضلون أن يحفروا بالملاعق خندقا تحت البيت ليدفنوا فيه موتاهم، أو أن يقذفوا الجثة فى أقرب مستنقع. وأوضحت لهم أنهم فى أى من هذين الحالين لا يدفنون موتاهم فى أرض قد كرست لذلك. فأجابوا أنه حتى مع ذلك - فإن هذا أفضل كثيرا من أن تحرق الجثث".

كانت الجثث التى تظل فى مستشفيات مانيلا دون أن يطالب بها أحد تحرق بعد أربع وعشرين ساعة. ومع ظروف الازدحام فى الأحياء الشعبية الفقيرة بالمدينة، كان من الممكن أثناء ذروة الوباء أن يُنظر إلى ضحايا الكوليرا نظرة تفيض خوفا ورعبا بحيث ينبذون نبذا. كان هذا ما حدث على الأقل فى ١٨٨٨، حين كان "مما لا يقل قوعه" أن يُحمل ضحايا المرض وهم فى حالة غيبوبة لدفنهم أحياء. وكان عدد غير قليل منهم يبقى حيا ويعود ليرهب أصدقاءه! أصبح من الضرورى إصدار الأوامر بوضع الجثث فى حظائر تترك فيها لساعات معدودة قبل دفنها. أما فى ١٩٠٢ فقد تآلف الخوف من حرق الجثث مع الخوف من حرق البيوت والخوف من الاحتجاز، ليجبر ذلك

العائلات الأفقر على دفن الجثث فى الأفنية الخلفية أو تحت أكوام الحطب، أو دفنها خارجا فى الليل فى حقول الأرز، أو حتى إلقائها فى نهر باسيج.

فى أول يوليو تراجعت اللجنة الصحية عن تنظيماتها الصارمة بشأن الدفن. "ونظرا لتعصب الناس دينيا ضد حرق الموتى"، وما ترتب على ذلك من إخفاء الحالات، فإنه يمكن من الآن لأسر وأصدقاء الأشخاص الذين يموتون من الكوليرا فى مانيلا، أن يدفنوا موتاهم فى توابيت خشبية بسيطة توضع فى قبور تملأ بالجير وعمقها سبع أقدام. بل إن اللجنة فى ٢٩ يوليو قدمت تنازلا أكبر: فالقبور يمكن أن يكون عمقها حسب ما تسمح به حالة الأرض، ولكن ليس بأقل من ثلاث أقدام بأى حال. على أنه لا يمكن أن يصاحب الجثة أكثر من عضوين بالغين من الأسرة أو أصدقائها. ولا يسمح بأى طقوس دينية أو مواكب جنائزية أو فرق موسيقية.

على الرغم من أن اللجنة الصحية للجزيرة لم توص بحرق الجثث فى الأقاليم، فإن هذا كان يحدث. وكان على اللجنة فى بعض الأحيان أن تأمر بإيقاف ذلك لأنه لم يكن هناك فى أى من الأقاليم المنشآت الملائمة للحرق. وكانت نتيجة كل محاولات حرق الموتى أنها "قد أثارت رعب الناس، ومقاومتهم السلبية، التى كانت أحيانا تصبح مقاومة نشطة، لهذه الإجراءات ولكل الإجراءات العامة لصحة البيئة".

عندما نقارن بين المدن الإقليمية ومناطق مانيلا الفقيرة التى أدى الازدحام فيها هو وإجراءات الترقب الحكومية الشديدة، إلى فرض الضغوط والمخاوف الإضافية على السكان، سنجد أن المدن الإقليمية كان فيها عدد أقل من الحكايات المرعبة. وكان أحد العوامل التى ساهمت فى ذلك حقيقة أن القوات الأمريكية ظلت باقية فى ثكناتها فى مراكز المدن. وكان أطباء الجيش ومفتشوهم ينظمون الأمور فى المركز، أما فى القرى خارج المركز فإما أنه كان يجرى تنفيذ حملة عنيفة ذات قيادة محلية، أو أنه كان يسمح ببساطة للوباء بأن يأخذ مجراه. فى أى من الحالين لم يكن من الممكن أن يحدث الكثير من التدخل الأمريكى فى الممارسات التى تدور حول المرض والموت.

وكمثل، فإنه فى مدينتى بيلا ولاجونا، صدرت أوامر للموطنين الزعماء بأن يشرفوا على حفر حوالى عشرين قبرا فى كل يوم، عشرة قبور للبالغين، وعشرة للأطفال. وكان عليهم بالإضافة إلى ذلك أن يحصلوا على تصريحات بالدفن من القادة الأمريكيين وأن يراعوا ألا يصاحب الجثث إلى المقبرة عدد زائد من الناس. ولكن الناس فى بيلا كانوا يستطيعون مخالفة قواعد النظام إذا أرادوا ذلك. فإخفاء الحالات كان أمرا بسيطا فى المناطق الشعبية. كان الأقارب والجيران والأطفال يزورون المرضى أو الموتى دون أى قيود. وكان بعضهم يأتون لتقديم تحيتهم، وللانضمام إلى الاحتفال المسمى "كاتا بوسان"، بينما كان آخرون يريدون أن يروا فحسب كيف يبدو من يموتون ومن ماتوا. وكان منظر ضحايا الكوليرا منظرا فظيعا. وقد سجل وجود نفس هذا الإهمال المطلق للممنوعات فى المدن خلال كل الفيليبين. "إنهم لا يخافون من أى شئ" كما يقول متحسرا أحد المدرسين المحبطين فى فيساياس. وفى إيبان بباتنجاس، كان يطلب من البيوت الموبوءة بالعدوى أن ترفع علما أحمر، "إلا أن الأهالى لم يبدوا أى التفات لهذا التنبيه، ويبدو أن وجود العلم الأحمر كان بالنسبة لهم نوعا من الفكاهة فحسب". ويرى الملاحظون أن هذا نوع من الجهل والتسليم بالقضاء والقدر. ومن الجانب الآخر فإنه يمكن فهم ذلك على أنه إصرار على أن يظل الموت هو ومفارقة الحياة حدثا اجتماعيا.

كانت المدن مسرحا للخلافات بين أطباء الجيش والأفراد الرسميين من الأهالى، وصلت التوترات المحلية إلى حد بالغ حتى أصبح على ورشستر وهو يجوب الأقاليم أن يعاقب بعض موظفى الشئون الصحية الأمريكيين من المتعسفين. وكانت المتاعب تتفجر عادة عندما يتهم الموظفون المحليون بعدم كفاءتهم أوعدم تعاونهم، وكان ينظر إلى اللجان الصحية الإقليمية والبلدية التى تكون من الفلبينيين على أنها "ليست لها كفاءة بالمرة لأن تواجه الحالة الطارئة للتعامل مع الوباء". وفى إحدى مدن لاجونا، أدخل أعضاء اللجنة الصحية المحلية إلى السجن بسبب "إهمالهم الإجرامى"، وذلك أنهم لم يبلغوا عن الحالات لطبيب الجيش. وكان العذر الذى يقدم هو عدم التأكد من

التشخيص. أما في الأقاليم والمدن القليلة التي سجل فيها النجاح في إخماد الكوليرا، فقد أرجع فضل ذلك إلى أطباء الجيش الملحقين للعمل مع اللجان المحلية.

من الصعب أن نوافق على هذه الاتهامات على عواهنها عندما نأخذ في الحسبان حقيقة أن مفوضيات البلدية الصحية، كانت تعمل تحت إرشادات مماثلة أثناء وباءي ١٨٨٢ و١٨٨٨. ما أغفل ذكره في الروايات الأمريكية عن الإهمال المحلي أو التصلب المحلي، هو ما يتعلق على وجه الدقة بسياق الحرب، أو إذا طرحنا الأمر بطريقة أخرى، ما يتعلق بالتفسيرات المحلية التي شكلتها ذكريات حديثة عن الاستغلال الاستعماري الذي يحدث باسم إنقاذ حياة البشر من الوباء.

يذكر تقرير موجز عن سان بابلو في لاجونا أن الرائد إسحق بروار طبيب الجيش، كان مشتبكا في نزاع مرير مع العمدة حول طريقة تناول الوباء. تم اتهام العمدة بأنه "جد بطئ" بينما كان بروار فيما يُزعم "وقحا وغير صبور". هل كانت هذه حالة أخرى من الحالات التي عمت كل مكان وزمان من جهل الأهالي أو عنادهم؟ وعندما نضع هذه الحالة في سياقها نكتشف أنه منذ ستة شهور فقط كانت كنيسة المدينة محتلة بقوات الولايات المتحدة، كما أن قسيس الأبرشية كان محتجزا، وفي الشهر التالي، فُصل العمدة بأسلوب فظ بزعم مساعدته لقوات العصابات. وفي ذروة عملية إعادة الحشد، فتح باب غرفة الكنوز المقدسة عنوة، وهي غرفة كانت تخزن فيها الأشياء المقدسة تحت ضمان بتأمينها من الضابط القائد الأمريكي، وتمت سرقة العديد من المصنوعات الذهبية والفضية مثل كؤوس القربان وأوعية خبز القربان والأطباق. ولم تترك قوات الاحتلال الكنيسة إلا حوالي يوم ١٧ مايو، وهو اليوم الذي أطلق فيه سراح القسيس.

نحن لا نعرف إن كان الأب الكانتارا قسيس الأبرشية مشتركا في المعارضة المحلية لتدخل السلطات الصحية الأمريكية. على أن من الصعب تصوره وهو ينحني لأحد أطباء الجيش بعد ما فعلته القوات الأمريكية. ومن الممكن تماما أنه كان واحدا من أولئك القساوسة المحليين الذين يخبرون الناس وهم عند كرسي الاعتراف، أن

الأمريكيين إنما يقومون بالحملة ضد الكوليرا "كذريعة للتحرش بنا باستمرار". وهذه المعارضة "أو الاصطدام" كانت بقدر كبير بما يكفى لأن يستثير الحكومة لتحذير أعلى سلطات الكنيسة. والقساوسة كانوا دائما يتولون الأمور فى الأوبئة التى حدثت فيما مضى، فيمشون بالجماهير فى مواكب حول المدينة، ويقودون الصلوات التاسوعية والمواكب ويمنحون الصلوات الأخيرة للسر المقدس، بل كانوا أحيانا يرأسون اللجان المحلية لشئون صحة البيئة. وهم يمثلون الفكر المناقض لفكر أطباء الجيش، وهو أن المرض حالة معنوية مثلما هو حالة بدنية.

عانت سان بابلو كثيرا أثناء إعادة الحشد، وهذا أمر ينبغى ألا نتوقع أن سكان المدينة كانوا سينسونه بسرعة كبيرة. وكان مركز المدينة قد حول لواحد من أكبر ثلاثة معسكرات اعتقال فى جنوب غرب لوزون. على أنه عندما تبين أن من المستحيل "حماية" الناس المبعثرين على طول الطرق الرئيسية، أنقص حجم المنطقة بدرجة أكبر. وزيد من حشر الناس معا فى نطاق أضيق، الأمر الذى يهزأ بكل قواعد شئون صحة البيئة ويزيد زيادة هائلة من فرصة انتقال العدوى. لم يترك أحد خارج النطاق ليرعى حقول الأرز. بل حتى أثناء سنوات ما قبل الحرب، كان المحصول الطبيعى لسان بابلو يكون فحسب جزءا من عشرين من الاحتياجات، وكان لسان بابلو دخل من تجارة جوز الهند المجفف يمكنها من شراء كل ما تحتاج إليه تقريبا من الأرز من المدن المجاورة. انخفض هذا الدخل بشدة بسبب إعادة الحشد. عندما أوصى بتجارة جوز الهند المجفف فى أواخر أبريل، عاقها وجود الحجر الصحى ومنع حركة المرور فى البحيرة فى يونيو وغير ذلك من الإجراءات ضد الكوليرا. وظل سكان المدينة زمنا يعيشون على إعانة الأرز.

بل حتى قبل الكوليرا، كان معدل الوفاة من الدوزنتاريا وحمى الملاريا معدلا هائلا فى منطقة سان بابلو، حيث سجلت ٣٦٢ حالة وفاة فى شهر مارس وحده. أرجع طبيب الجيش السبب فى ذلك إلى خطة إعادة الحشد التى أدت إلى "ظروف من الازدحام وقصور فى المرافق"، بما يمنع فرض إجراءات الشئون الصحية للبيئة والإجراءات

العلاجية حتى ينخفض معدل الوفاة انخفاضا له مغزاه. وأوصى بأن يسمح للأهالى بالعودة إلى مناطقهم الشعبية بمجرد أن تسمح الظروف بذلك. أما إذا لم تسمح الظروف "فإنه بسبب ما يسود عموما من ظروف غير صحية، سوف يتفجر وباء الكوليرا بحيث يعرض للخطر حياة كل فرد فى المدينة، سواء من الجنود أو الأهالى". عندما وصلت الكوليرا بالفعل، كانت المدينة لا تزال محشورة بالناس، الذين منعهم الآن الحجر الصحى من الخروج منها. على أنه كما حدث فى العديد من المدن الأخرى ذات الحاميات، فإن القوات الأمريكية تمكنت من الفرار.

فى مثل هذه الظروف لا يصعب أن نتصور السبب فى أن عمدة سان بابلو هو وطبيب الجيش الأمريكى، قد انخرطا فى نزاع مرير أثناء ذروة الوباء. لا يمكن أن ينتابنا أى شك فى أن الرائد بروار كان يتصرف بحسن نية، ولكن تأكيده على "صواب" طريقته كان فيه تجاهل للسياق المحلى. أما من وجهة نظر سكان المدينة، فإن الوجود الأمريكى يشكل مشكلة لا يقل قدرها عن مشكلة الكوليرا. تصرف العمدة "ببطء" مثير للانفعال لم يكن إلا شكلا آخر من أشكال المقاومة. عندما تُصور الأحداث على أنها نضال ملحمى ضد المرض والجهل، فإن هذا لا يؤدى إلا لتحويل الانتباه عن المشكلة الأوسع وهى التدخل الاستعمارى الذى يحيط بكل شئ؛ والذى يشترك الفيليبينيون معا فى أنهم لا يستطيعون نسيانه بسهولة.

هناك مدن كان المشرف على السيطرة على الوباء فيها هو قائد حامية المدينة بدلا من أحد أطباء الجيش، وكانت درجة التوتر فى هذه المدن أقل كثيرا. وكمثل فإنه فى بيلا التى لا تبعد إلا حوالى عشرين كيلو مترا شمال سان بابلو، أعطى الضابط القائد أمره ببساطة إلى العمدة، بأن يقسم المدينة فى مناطق للكوليرا تحت رئاسة المواطنين البارزين الذين كان الكثيرون منهم قد حاربوا فى المقاومة. وعهد إلى العقيد روبرتو ريلوفا، أحد الأبطال السابقين لحرب العصابات، بالمسئولية عن منطقتين شعبيتين. وكانت كل التعاملات مع الناس تتم من خلال رجال مثله، ومن ذلك شرح الإجراءات الصحية والتبليغ عن الحالات وتنظيم أمور الدفن.

كانت بيلا من الناحية العسكرية قليلة الأهمية بالنسبة للأمريكيين. وهكذا نقلت كل الحامية بعيدا في يوليو عند ذروة الوباء. وبالإضافة إلى ذلك فإنه حيث إن عدد السكان كان فحسب ربع سكان سان بابلو، وحيث إن بيلا كانت تقليديا منطقة فائض أرز، فقد أمكن لبيلا أن تنجو من مشاكل الإمداد بالطعام. وإذن، فإنه في هذه الحالة كان الرؤساء المحليون هم أصحاب السيطرة، وكان الوجود الأمريكي ضعيفا. ولم تكن هناك حاجة "إلى صندوق إعانة الفقراء"، ولا الاعتماد على معونة الأرز، ولا تهديد لقلقلة النظام الاجتماعي التقليدي بواسطة أطباء الجيش المتعجرفين. لم تحدث جلبة حول إخفاء الحالات وما شابه من الأمور، لأنه لم يكن هناك أي حالات يكتشف إخفاؤها.

يبين مثل بيلا كيف أن اتباع الأمريكيين لتكتيك مختلف يمكن أن يؤدى إلى التكيف المتبادل - أو لعله يؤدى إلى وجود هدنة - داخل منطقة المعركة. والحقيقة أنه يبدو أن القاعدة كانت أن التحكم الاستعماري في الصحة وشئون صحة البيئة يؤدى إلى إثارة المقاومة الشعبية، التي كانت بدورها تفرض تقديم تنازلات لها مثل إلغاء الاحتجاز وحرق البيوت والموتى، أهم من هذا كله أن أعيد تدريجيا إلى الأطباء الفلبينيين والسلطات المحلية تولى مهمة التحكم في المرض. وكان الجانب الآخر من الانتصارات المحلية الظاهرة في هذه التكيفات والحلول الوسط والتواؤمات مع العادات المحلية، هو إعطاء الفلبينيين الفرصة الكافية لأن يتوصلوا من خلالها إلى التفاهم مع سلطة الدولة الاستعمارية. وبمعنى ما، فإن الفتح الإسباني هو الذي ساد ثانية.

عندما وضعت النخبة المحلية مدنها في وضع يتفق على الأقل مع الخطوط العريضة للخطة الاستعمارية لشئون صحة البيئة، وجدت الحكومة نفسها وهي تواجه على نحو متزايد وجود "الآخر" التقليدي في مركز المدينة الإسباني. والحقيقة أن النظام الاستعماري الجديد كان فحسب، نسخة من النمط الفلبيني الكلاسيكي للمدن التي يسودها مجلس رئاسي مع جودة في شئون صحة بيئتها، بينما الضواحي تضمحل لتصبح عالما يتكون من عناصر "لا سيطرة عليها" أو "مضطربة النظام" أو "مخربة".

بعد استسلام مالفار، أطلق على كل أشكال المقاومة المسلحة للنظام لقب "اللادرونية" (من الكلمة الإسبانية لا درون، التي تعنى "رجل العصابات" أو "قاطع الطريق"). أحد أشكال ذلك بخاصة كان يتضمن وجود معتقدات وطقوس دينية بما لقب بأنه "تعصب دينى".

أما فى وادى ماكينا فإن المراقب الطبى الإقليمى الفيليبينى هو ونظيره الأمريكى، قدما طلبا فى نهاية يوليو لتخفيف قيود الحجر الصحى للأسباب التالية: أن المحاصيل الأخيرة كانت هزيلة، وأن ظروف الحرب قد عاقت الزراعة فى السنوات الثلاث الأخيرة، وأن المحصول السابق قد دمره الجراد، والحجر الصحى الآن يمنع الفلاحين من حرث حقولهم. على أن المستأجرين كانوا يجبرون على دفع الايجار السنوى، "سواء كان أو لم يكن هناك أى محصول". ونتيجة ذلك "أن الكثيرين منهم والكثيرين من الفعلة الأجراء فى الحقول (كانوا) يلجأون إلى الجبال وينضمون إلى أفراد العصابات كوسيلة لكسب عيشهم". ترى هل كان "أفراد العصابات" هؤلاء بين من انضموا للحكومة الثورية الكاتيبونية التى أعيد إحياؤها وبدأت تظهر فى أجزاء من أقاليم كافيت ولاجونا وتاياباس وريزال، وكان ذلك بما لايدهش بدءا من منتصف ١٩٠٢؟

تمتد تلال السفوح المرتفعة لجبل باناهاو، لتنتشر متباعدة فى ولايات لاجونا وتاياباس وباتنجاس، وكانت هذه التلال فى حالة من الاضطراب فى أواخر ١٩٠٢، إلى حد أن تطلب الأمر فى بعض مدن تاياباس العودة إلى تنفيذ خطة إعادة الحشد ثانية. كان هناك زعماء شتى لعصابات المقاومة التى جاءت بعد مالفار، مثل "البابا" روبرتو ريوس والرئيس الكاتيبونى ماكاريو ساكاى، وكانوا يجوبون تلك التلال فى أواخر ١٩٠٢ وفى ١٩٠٣ يذكر تقرير فى ١٩٠٣ عن الحركات الدينية - السياسية التى تتخذ قاعدتها فوق هذه التلال أن "الاستقلال" أصبح لهم دينا. "فهدفهم هو حالة استقلال سحرية" وباللغة التاجالوجية فإن كلمة الاستقلال هى "كالايان"، وأحد معانيها مشتق من كلمة "كاجينهو أن": أى "الخلاص من الألم"، أو "الحياة المريحة". لاشك فى أن "الخلاص من الكوليرا" كان يجد له خانة فى سجل ١٩٠٢ - ١٩٠٣. مما يستحق الملاحظة أن "كلمة السر" بين أعضاء هذه الحركات كانت ومازالت هى "السلام على

مريم النقية... الطاهرة من أى ذنب" - وهى السطر الأول من إحدى الصلوات، وكانت تلصق على الأبواب أثناء وباء الكوليرا لتلتمس من مريم العذراء ومن يسوع المسيح الخلاص من الوباء.

كان باناهاو وتلال سفحه قاعدة لعمليات "الكيوراديروس" أو الأفراد الشافين الذين كانوا بدلا من الأطباء المؤهلين، الملاذ الأول للفلاحين فى المنطقة. وقد وصفهم أحد الأطباء الأمريكيين بأنهم رجال أو نساء "لا يشكلون طبقة أو طائفة مثل رجال الطب في القبائل المتوحشة، وإنما يشابهون بعض المشابهة الحلاقين الأطباء فى قرى القارة الأوروبية التى لا يوجد فيها أطباء". وكان "الأفراد الشافون" يصفون عموما دواء للكوليرا يستخلص من شجرة "للمانونج" (ساما ديرا أنديكا) تنمو فى إقليم تاياباس. الفرد الشافى الذى يكون بالذات موهوبا يولف بين العلاج الطبى وبين طقوس تتضمن تدخلا من روح هادية. أحد شروط العلاج أن يتعهد المريض بأن يؤدى شكلا ما من الحج إلى جبل باناهاو وفاء "لباناتا" أو نذرا للكائنات فوق الطبيعية. ومن الواضح أن أوبئة الكوليرا قدمت الظروف المثالية التى يظهر فيها الشافون الذين يجذبون القرويين إلى قبضتهم بعيدا عن مراكز المدن.

كان من الشائع بالنسبة للسلطات الاستعمارية فى ١٩٠٢ وما تلاها من سنوات الكوليرا أن تفرض بالقوة تفرقة الناس الذين يتجمعون فى أماكن تعد مصدر للعدوى: كالينابيع المقدسة، وأماكن الحج، وحتى الكنائس وحلبات صرا ع الديكة(*). فى بعض الأحيان كان أحد الشافين الممنوعين من العمل يصبح مركزا للانتباه فيتم قمعه فى التو، وفى أحوال أخرى كانت تنتهك طقوس الحياة الطبيعية للناس. كانت هذه التدخلات ترد فى الروايات التى ذكرها قواد الحاميات والمراقبون الصحيون والمدرسون وأمثالهم، وتبرر على ضوء من المشاكل التى يفرضها الجهل والخرافة.

(*) تنتشر فى الفيليبين مسابقات صرا ع الديكة التى يتراهن عليها الأهالى. (المترجم).

ولكن لماذا ظلت مثل هذه "المشاكل" باقية؟ لقد ظل ورشستر لوقت متأخر حتى ١٩١٤ وهو يبدى فجيعته "للمدد الذى لا ينقطع" من الأفراد الشافين، مثل "ملكة تاياى" التى تم اكتشافها أثناء تفشى الكوليرا مرة ثانية فى ١٩٠٥، والتى هدد أتباعها الذين يبلغ عددهم المئات بمجابهة عنيفة للدولة لو أصاب زعيمتهم أى ضرر. ماذا كانت حدود المعرفة التى يحوزها هؤلاء الشافون؟

ما الذى كان يكمن وراء الحج إلى أنتيبولو و باناهاو، بالإضافة إلى "التعصب"؟ إن المصادر تسكت عما يتعلق بهذا الشأن. وما يخرج من عالم السكان المحليين هو فى أكثره مما يتم نقله عن طريق وسيط، ويتم تشويهه بالخطاب الطبى - الصحى لتلك الفترة. أيا ما كانت الطبيعة الحقيقية لهذه الظواهر، فإنها كانت تعنى الخطر بالنسبة لممثلى النظام الاستعمارى الجديد سواء فى ذلك الفلبينيون منهم أو الأمريكيون. وكانوا يجادلون بأنهم يفرقون تجمع الجماهير عند مصادر العدوى، إلا أن المرء ليرتاب فى أنهم إنما كانوا يقمعون أيضا هذه التجمعات الطقوسية، من أجل المنع الذى يفرضونه على ظهور أى نظم بديلة أو مصادر للاضطراب.

هذا وقد انخفض عدد حالات المرض والوفاة فى جنوب غرب لوزون فى سبتمبر وأكتوبر، وكانت الأعاصير الاستوائية العنيفة تندفع وقتها على الجزر، وكما ذكر أطباء الجيش أنفسهم فإن مقدار ما نتج عن ذلك من المياه تدفق بغزارة كاسحا الجداول وضفافها. حدث أيضا أن كانت سلالة ميكروب كوليرا ١٩٠٢ قد استنفدت حدتها فى ذلك الوقت، واكتسب السكان مناعة متزايدة. والحقيقة أن الكوليرا بدت وكأنها تتبع سياق الأمور فى نازلة الوباء الكبرى فى ,١٨٨٢ إلا أن ورشستر وغيره من الموظفين الصحيين لم يكونوا بالذين يوافقون على ذلك، وعزوا انخفاض عدد الحالات إلى الإجراءات الأمريكية بالنسبة للشئون الصحية وشئون صحة البيئة. أما من حيث توقى أن تحدث أوبئة خطيرة فيما بعد، فإن هذه الإجراءات لو أنها كُيفت حسب الظروف المحلية لربما كانت فعالة. ولكن دورها الواقعى فى ١٩٠٢ كان أنها ختمت فصلا من الحرب الفلبينية - الأمريكية.

الفصل السابع

الطاعون(*) وتوترات الإمبراطورية

الهند ١٨٩٦- ١٩١٨

أى. ج. كاتاناتش

وفد الطاعون إلى بومباى فى ١٨٩٦. ومن شبه المؤكد أنه وفد بواسطة سفينة تجارية من هونج كونج، وكان أول تشخيص له على يد طبيب هندى يمارس الطب الغربى وهو دكتور فيجاس (تصر معظم الوثائق الرسمية على أن تدعوه "السيد فيجاس"). وكان الطاعون مما لا يكاد يعرف فى الهند لقرون عديدة. ولم تقر السلطات البريطانية بوجوده إلا على مضض، وذلك فى أواخر سبتمبر ١٨٩٦، حين أقرت بوجود حالات معدودة من "الحمى الدبلية" من النوع "الخفيف".

وحتى عندها ظل هناك بعض تشكك فى الدوائر الأوروبية. وعلى كل، فإن التشخيص الأصلى هنا إنما قام به واحد من أولئك "الأطباء المحليين (أو) المؤهلين"، الذين أخذوا مؤخرا يجعلون وجودهم محسوسا، ليس فى الطب فحسب وإنما أيضا فى دوائر بومباى السياسية. أصر فيجاس على إعلان اكتشافه مدويا أمام اللجنة الدائمة لمجلس بلدية بومباى التى كان عضوا بها. وطلب ر.هـ. فنسنت مفوض شرطة المدينة، من اللجنة الدائمة ألا تقفز فى استنتاجاتها حول هذا "الأمر العجيب". كان

(*) الطاعون حمى تظهر فى نوعين رئيسين: النوع الدبلى الذى يتميز بتضخم الغدد الليمفاوية، والنوع الرئوى الأخطر الذى يتميز بظهور التهاب رئوى، وتلعب الفئران والبراغيث دورا مهما فى نقل جراثيم المرض. (المترجم)

فنسنت يضع فى ذهنه اعتبارات النظام العام، وقد اتضح إلى حد كبير بما يكفى أن الحاكم الاستعمارى يعتمد على نوع ما من "التعاون مع المحتل" تقدمه له قطاعات كثيرة ممن يحكمهم. وكان هناك آخرون من الأوروبيين لديهم اعتبارات اقتصادية – يشارك فيها على الأقل إلى حد ما عنصر من رجال الصناعة الهنود المهيمن فى بومباى. وهكذا فإن صحيفة "بومباى جازيت" وهى صحيفة غير رسمية، كتبت لتحذر ضد "التصريحات المبالغ فيها، التى قد تضر بالتجارة والصناعات التى تزدهر بها المدينة". ثم أتى تأكيد وجود الطاعون فى ١٢ أكتوبر ١٨٩٦ على يد عالم البكتريولوجيا و. م. هافكين – الذى سنسمع عنه المزيد فيما بعد. ولكن صحيفة بومباى جازيت ذكرت فى نفس اليوم "أنه يسعدها أن تسجل أن المرض يجرى إخماده سريعا". وسرعان ما كان يتم يوميا ضخ ثلاثة ملايين جالون من حمض الكربوليك(*)، والماء الملح فى مصارف وبالوعات بومباى: وهكذا فلا ريب أن الأمور ستصبح على ما يرام فى زمن قصير.

لعل حقائق الموقف الاستعمارى ذاتها كانت تتطلب أن يكون هناك إظهار للثقة هكذا فى هذه المرحلة. فقد ساعد الطب الغربى، أو على الأقل ساعد الاعتقاد بفعالية الطب الغربى، على جعل الحياة محتملة بالنسبة للأوروبيين فى الهند. كتبت صحيفة "تايمز أوف إنديا" لقرائها فى ١٨٩٨، وهى صحيفة أخرى فى بومباى، كتبت تقول: "يعتقد الإنجليز أن إنجلترا قد بينت لكل العالم الطريق بالنسبة لعلم صحة البيئة". ساعد الطب الغربى على أن يعطى للحكم البريطانى فى الهند ما سمى بأنه "توهم البقاء الدائم". فالطب الغربى هو إحدى "أدوات الإمبراطورية" باستخدام كلمات دانييل هيدريك.

إلا أن الطب الغربى فى الهند كان فى الواقع يشارك فى معاناة وجوه من عدم الأمان والتوترات الموجودة فى الداخل من الإمبريالية. وكما أن مجىء الطاعون قد ألقى

(*) نوع من المطهرات (الفنيك). (المترجم).

ضوءا كاشفا على الاختلافات السياسية والاجتماعية والطبقية داخل المجتمع الهندى - وهو أمر يشابه كثيرا ما أدت اليه الأمراض الوبائية الأخرى، فى أماكن أخرى ومجتمعات أخرى - فإنه مما يماثل ذلك أيضا ما حدث لحكام الهند من أن مجئ الطاعون لفترة من الزمن قد أدى إلى كشف أمر (توهم البقاء الدائم) بما هوعليه حقا. هذا وقد تكشف بوضوح صارخ تقريبا وفى فترة قصيرة نسبيا، كل ما يوجد من المنافسات والاختلافات بين الحكومة البريطانية وحكومة الهند، وبين الحكومات الإقليمية المختلفة، وبين هيئات الموظفين الإمبريالية المختلفة، وبين أصحاب المناصب الرسميين وغير الرسميين، وتكشفت فوق كل شئ المنافسات والاختلافات التى بين الأفراد.

فى ١٨٩٦، بالرغم من كل النشاط العلمى وكل مظاهر العلم الشامل، فإن الطب الأوروبى فى الهند أو فى أى مكان آخر لم يكن لديه إلا أقل ما يذكر من معرفة بالعوامل المسببة للطاعون. لم يكن يعرف أى شئ عن علاجه. ولم يكن الطب الغربى قد اكتشف بعد الدور الحيوى للبراغيث (على الأقل بالنسبة لهذه الجائحة الوبائية الأحدث): فالبراغيث تلدغ البشر بعد أن تهجر جرذا أو أى نوع آخر من القوارض يكون مصابا بالطاعون. وفى أوائل ١٨٩٧ أُحضر إلى بومباى عدد من الأطباء المبرزين من الأوروبيين والهنود الذين يمارسون الطب المغاير(*)، أتى بهم للتصديق على تصريح أدلى به كبير الأطباء جيمس كاليجورن، المدير العام للخدمات الطبية الهندية (خ ط هـ) يؤكد فيه أن الطاعون "هو فحسب مرض تنتقل عدواه هونا أو أنه مرض معد بدرجة هينة"، وأن وقوعه هو "إلى حد كبير بسبب من الظروف المحلية". وكما يتفق فإن آراء كليجورن لم تكن خطأ بصورة مطلقة، إلا أن بعض مؤيديه كانوا ينزعون إلى الاعتقاد

(*) أسلوب للعلاج باستخدام وسائل تحدث أثرا مغايرا للآثار التى يحدثها المرض المعالج، أى علاج الداء بضده. (المترجم).

بالآراء القديمة عن الأجواء العفنة(*) (وعلى كل فإنه فى وقت متأخر حتى عام ١٨٩٤، كان من المفروض أن يكون خط سير قوات الجيش بحيث يكون فى زاوية قائمة مع اتجاه الريح عندما يكون هناك وجود للكوليرا). ولم يحدث إلا فى مايو ١٨٩٩، أى بعد اعتزال كليجورن، أنه اضطر إلى الإقرار بجهله الأساسى بالنسبة للطاعون.

كان معظم أفراد (خ ط هـ) - أو بلا شك معظم أفراد جيل كليجورن - يرون أن وظيفتهم فى (خ ط هـ)، هى البديل للعمل كممارس عام فى بريطانيا العظمى الذى كان غالبا عملا من نوع لا يجلب الربح. لم يكن هؤلاء الأطباء غير مهتمين بالتطورات الجديدة فى الطب، ولكنهم مثل معظم الممارسين العامين لم تكن عقولهم ذات توجه خاص للأبحاث. كان الموقف قد أخذ يتغير فى أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر، على أنه مما كان له مغزاه أنه حتى فى ١٨٩٩ أحس رونالد روس بأنه مضطر لأن يترك "الخدمة"، بسبب عدم كفاية ما يقدم من دعم لبحثه فى الملاريا. وكان بعض أفراد (خ ط هـ) ينفقون كل حياتهم المهنية فى خدمة الجيش الهندى. الحقيقة أن كل أفراد (خ ط هـ) كانوا من الوجهة الرسمية يظلون طوال مدة بقائهم فى الهند كضباط فى الجيش، وهم عرضة لاستدعائهم للخدمة العسكرية. على أن هدف الكثيرين منهم كان ممارسة الطب المدنى فى مدينة إقليمية كبيرة. فهناك يمكنهم أن يجمعوا بين العمل الحكومى والممارسة الخاصة - وإن كان الكثيرون منهم قد أصبحوا الآن يخبرون بعض المنافسة من الأطباء "الممارسين المحليين"، الذين تخرجوا من كليات الطب الهندية. أما العمل فى مجال "شئون صحة البيئة " أو الصحة العامة فكان غير محبب، ويرجع هذا فى جزء منه لأنه لا يسمح بالكثير من الممارسة الطبية الخاصة.

كانت هيئة (خ ط هـ) تمارس إلى حد ما أن تغلق باب الوظائف أمام كل من هو هندى، الأمر الذى كان علامة مميزة لكل هيئات الموظفين فى الهند فى أواخر القرن

(*) آراء بأن الحميات المختلفة تنتقل بسبب عفن أو تغير فى الهواء. فكانت الكوليرا مثلا تسمى داء الهواء الأصفر. (المترجم).

التاسع عشر. وكانت هذه الهيئة تضم أيضا الأنشطة "المهنية" لمارسى الطب المغاير، خلال كل العالم الذى يتكلم الإنجليزية وقتها. وفى عام ١٨٨٩ نجد فى إقليم البنجاب المهم أن الصلة كانت فى الواقع مقطوعة بين الطب الرسمى والطب الهندى، أى طب "الحكماء" و"الكهنة". إلا أن كليجورن أثناء خدمته فى البنجاب عمل على فتح سبل أكثر أمام الهنود ليعملوا كمساعدى أطباء مدنيين، أما خلفه فى منصب المدير العام لهيئة (خ ط هـ) وهو روبرت هارفى، فلعله حتى كان صاحب نزعة أكثر تحررا فى الأمور العرقية. وهكذا فإن (خ ط هـ) لم تغلق قط أبوابها إغلاقا تاما أمام غير الأوروبيين. بهذه الطريقة، أو على وجه التأكيد بطرائق أخرى أيضا - فإن هيئة (خ ط هـ) بما يكاد يكون وعيا بالذات، قد ميزت نفسها عن الخدمات الطبية للجيش (التى سرعان ما اصبحت السلاح الطبى للجيش الملكى) التى كان لديها ممثلون يخدمون فى فرق الجيش البريطانى الموجودة مؤقتا فى الهند. وكانت (خ ط هـ) تحس أيضا بأنها تتفوق نوعا ما على هيئة الخدمات الطبية للمستعمرات التى تعمل فى مستعمرات التاج. ومع كل هذا إلا أن (خ ط هـ) كانت زمن وفود الطاعون إلى الهند، بمنزلة القريب الفقير بالنسبة لهيئة موظفى الهند المدنيين (م هـ م)، وذلك من حيث العائد المادى ومن حيث علو المقام. وكانت إلى حد ما تتشارك مع السلطة العسكرية فى خضوعها هذا للسلطة المدنية. وكان كيرزون(*) يعمل على دعم هذه السلطة الأخيرة أثناء مجابهته لكتشنر(**) فى السنين الأولى من القرن العشرين.

فى نهاية ١٨٩٦ وأوائل ١٨٩٧، بدأت أرقام معدل الوفيات من الطاعون فى بومباى ترتفع ارتفاعا جد مفاجئ. وحدثت هجرة جماعية مذعورة من المدينة، وهكذا حدث ما كانت السلطات تريد منع وقوعه. تفشى الطاعون بصورة أعم فى بونا والمناطق الخلفية لساحل بومباى. وأخذت القوى الأوروبية الأخرى تبدى علامات القلق:

(*) كيرزون: سياسى بريطانى (١٨٥٩ - ١٩٢٥) وكان نائبا للملك فى الهند من ١٨٩٩ - ١٩٠٥.(المترجم).

(**) كتشنر: (١٨٥٠ - ١٩١٦) كان من كبار القادة العسكريين ثم وزيرا للحربية ١٩١٤- ١٩١٦.(المترجم).

فما كان ينبغى لأحد أن ينسى أبدا المخاوف الخاصة التى تثيرها كلمة "الطاعون" فى الغرب منذ وباء (الموت الأسود). كان ثمة حديث عن إغلاق الموانئ أمام المسافرين والبضائع الآتية من الهند، بل قال الفرنسيون إن هناك احتمالاً أن تقع حوادث شغب فى مارسيليا، التى كانت ترتبط ارتباطا له قدره بالشرق، وكان فيها ذكريات شعبية عن تفشى الطاعون فى وقت متأخر حتى عشرينيات القرن الثامن عشر. سرعان ما شهدت بومباى تدفقا لبعثات الاستقصاء "الأجنبية". أصرت القوى الأوروبية وخاصة القوى الاستعمارية على عقد مؤتمر دولى لصحة البيئة فى فينيسيا. (كان هناك من السوابق ما يكفى لعقد مؤتمر كهذا). وكان رد فعل حكومة الهند لكل هذا هو إبداء عدم شكها فى فعالية الطب الغربى بما هو عليه. إلا أنه كانت قد ظهرت بالفعل أول علامات للتشكك فى واقع أطبائها الممارسين فى الهند. أرسل كليجورن لحضور مؤتمر فينيسيا، ولكنه أخبر بأنه ينبغى أن يلازم الوفد البريطانى ملازمة وثيقة، وأنه "ليس مما يُنصح به أن يلح على المؤتمر بأى محاجة تتأسس على الرأى بأن الطاعون لا ينتقل بالعدوى أو المخالطة. أحيانا كان الفرنسيون فى المؤتمر يتخذون "نبرة ساخرة" تخريبية، وهكذا فإنهم كانوا ينتهزون أى فرصة للسخرية من البريطانيين، الذين يحكمون بلادا هى موطن للكوليرا، ويحكمون الآن إحدى بؤر الطاعون. تمكن البريطانيون إلى حد كبير من أن يبلغوا النجاح فى النهاية بطريقتهم الخاصة. فلن يكون هناك حجر صحى على المسافرين والبضائع الآتية من الهند إلا فى أحوال نادرة. على أن الدرس المستفاد من الأحداث مثل مؤتمر فينيسيا لم يكن بالدرس الذى يفوت على البريطانيين، سواء فى "الوطن" أو فى الهند: فالحقيقة هى أن الطاعون أدى، من بين عوامل أخرى، إلى أن يزود القوى الاستعمارية الأخرى بنقطة من نقاط الفوز فى المباريات الإمبريالية. وكان ما حدث بعد ذلك – مثل إصدار قوانين تنظيمية كانت أحيانا قوانين رهيبة، مع فرض تنفيذ هذه القوانين ظاهريا تنفيذا عنيفا، ومثل النشر الباذخ لتقارير ومجموعات من الوثائق عن الطاعون فى الهند – هذا كله كان إلى حد كبير يحدث كنتيجة للوعى بهذه الحقيقة.

على أننا ينبغي أن نحاذر من أن تخدعنا التقارير التى نشرتها وقتها أجهزة العلاقات العامة الحكومية وقتذاك. فقد أدى الطاعون بالفعل إلى استجابة الحكومة فى الهند بما كان أعنف نوعا من الاستجابة التى أثارتها مثلا الكوليرا أو الجدرى فيما سبق من هذا القرن. عموما فإن حكومة الهند فى السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر، كانت ذات نزعة تدخلية أكثر مما كانت عليه من قبل، كما كانت نوعا ما أقل ميلا لأن تأخذ فى الحسبان الأساليب الهندية والمخاوف الهندية. يكتب الشاب هاركوت بتلر إلى شقيقته فى أبريل ١٨٩٧ قائلا: "إن الحكومة قد أصبحت أشد تصلبا وأكثر تدخلا فى السنوات الأخيرة". ولكن عندما يصل الأمر إلى آليات المعالجة الفعلية للطاعون وقتها، نجد أن حكومة الهند مع مشاغلها الكثيرة، مازالت فى أحوال كثيرة حكومة لا حول لها بشكل ملحوظ. يتحدث ب. ب. جرايفوت سكرتير كبير أطباء بومباى إلى لجنة طاعون الهند، فيشير إلى الموقف فى إدارته فى أوائل أيام الطاعون قائلا: "عندما يكون عندك مجاعة وطاعون، وجبهة حرب كلها معا فى نفس الوقت، لابد أن تعانى من اختلال فى النظام".

بناء على توصية من وزارة الهند، وصل إلى الهند وهى فى هذا الموقف ممثل لوجه آخر من وجوه الإمبراطورية، هو الدكتور جيمس أ.لوسون من هيئة الخدمة الطبية للمستعمرات. كان لوسون فى هونج كونج وقت تفشى الطاعون فيها فى ١٨٩٤, وكانت السلطات فى هونج كونج قد استخدمت الجيش بل حتى سفن المدفعية لتفرض بالقوة إدخال المرضى فى المستشفيات، ولتفرض ما كان يسمى بأنه "عزل" للمخالطين. وكان لوسون يعتقد أن من المطلوب تطبيق تكتيكات مماثلة فى الهند. وصرح لوسون بأنه "يجب أن نتذكر دائما أن الميكروب العصوى للطاعون لا يتأثر بالدبلوماسية". كان لوسون نفسه تنقصه الدبلوماسية، الأمر الذى أثار بشكل متزايد حكام الهند أثناء شقه لطريقه فيها، وكتب لورد إلجين نائب الملك إلى وزير الهند قائلا: "لم أر قط أى شئ أكثر وقاحة (ولا يمكننى أن أستخدم أى كلمة أخرى لذلك)". إلا أن لورد ساندهيرست حاكم بومباى كان قد تأثر عميقا بالكثير مما قاله لوسون، وإن لم يكن بكل ما قاله. وسلمت

مقاليد الأمور فى مدينة بومباى إلى جنرال فى الجيش. أما فى بونا فقد عُهد بالمسئولية عن شئون الطاعون إلى والتر راند الموظف فى هيئة موظفى الهند المدنيين. وكان راند يستمع بإمعان شديد لما يقوله طبيب آخر من أصحاب الخبرة من هونج كونج، وهو و. و. بيفردج من الخدمات الطبية للجيش. تبع ذلك القيام بأعمال حفر عنيف للأرضيات الترابية (حيث كان بيفردج يعتقد أنها مثوى عصوى الطاعون)، وكذلك إجراء عمليات تطهير شاملة، وفوق كل شئ عمليات متكررة من البحث من بيت لآخر يقوم بها الجنود البريطانيون بحثا عن ضحايا الطاعون. تم وقتها تسجيل أن وفد الأطباء الألمان الذين أرسلوا للهند لاستقصاء أمر الوباء قد "سروا سرورا عظيما" بما رصدوه فى بونا.

ثم اغتيل والتر راند حوالى نهاية يونيو ,١٨٩٧ هكذا بينت بونا بطريقتها الخاصة، أنها على عكس هونج كونج، لم تكن من الأجزاء المسالمة فى الإمبراطورية أو الساذجة سياسيا. كان توقيت جريمة قتل راند كما حدثت هو تقريبا نفس توقيت الهزيمة العسكرية فى جبهة الشمال الغربى، ونفس توقيت وقوع أول حوادث الشغب المعادية للأوروبيين فى تاريخ كلكتا بالقرن التاسع عشر، وقد أدى هذا مؤقتا إلى أن يتساءل بعض الإنجليز فى الهند عما إذا كانت أحداث ١٨٥٧ على وشك أن تتكرر. الحقيقة أنه كان يكمن فى الخلف من "توهم البقاء الدائم" قدر له اعتباره من الاحساس بعدم الأمان، عدم أمان يمكن إيجازه فى عبارة هى "ترقب التمرد". انعكس إحساس طبقة الموظفين فى الهند بعدم الأمان فى حقيقة أنه عندما أعيد النظر فى الأحداث التى أدت إلى أن يتبعها حتما وقوع جريمة قتل راند، أصبح من الشائع فى الدوائر الرسمية وشبه الرسمية إلقاء اللوم على بيفردج ولوسون "أطباء هونج كونج" وليس على راند، وذلك فيما يتعلق بأى من الإجراءات التى كان فيها "تجاوزات" والتى ربما تكون قد حدثت فى بونا. بهذه الطريقة أمكن لهيئة موظفى الهند المدنيين التى ينتمى إليها راند أن تحافظ على سلامة سمعتها، كما أمكن لهيئة الخدمات الطبية الهندية أن تأخذ بثأرها من منافسيها، أى من الخدمات الطبية للجيش والخدمات الطبية للمستعمرات.

ومع ذلك، فإن و. ل. ريد كبير أطباء الخدمات الطبية للجيش، وهو طبيب آخر من هونج كونج، تولى مسئولية عمليات الطاعون فى بونا من أواخر ١٨٩٧ حتى فبراير ١٩٠٠. وقد ذكر عنه أنه كان يحصل على أجور وعلاوات أكثر من كبير أطباء بومباى نفسه. ولم يكن ريد بالذى يتعالى عن أن يداوم على تمجيد نفسه كما فى مراسلاته مع آرثر جودلى، الوكيل الدائم لوزارة الهند. ويكتب ريد قائلا، "إننى أعتبر أن عمليات الطاعون عندما تنفذ بالطريقة الملائمة، ستطرح بعضا من أفضل الفرص لتوطيد حكمنا فى الهند"، وكذلك أيضا "من أجل إظهار تفوق علمنا الغربى وكماله".

على أن الحقيقة كانت أنه على الرغم من "العلم الغربى وكماله"، قد استمر الطاعون على العودة والانتشار. وهذه الحقيقة كانت فوق كل شئ السبب الذى أدى إلى إضفاء الأهمية على أنشطة رجل كان قد وصل إلى أن يُنظر إليه على أنه يتحدى تحديا خطيرا ما لهيئة (خ ط هـ) من أولوية طبية فى مقاطعة بومباى وما وراءها. كان هذا الشخص هو ولديمار هافكين الذى أوردنا ذكره من قبل.

كان هافكين روسيا يهوديا بالمولد. وعاش حياته كطالب وهو منغمس فى المؤامرات الأمر الذى أعقبه أنه نفى نفسه إلى باريس. وهناك صاحب بين آخرين باستير(*) وهو مسن. فى ١٨٩٢ طور هافكين تكتيكا للتطعيم ضد الكوليرا. وسُمح له بأن يختبر تطعيمه فى الهند، ولكن أصوله الروسية كانت السبب جزئيا فى أن تكون نشاطاته قرب جبهة القتال فى الشمال الغربى مدعاة لبعض الشك، فى وقت كانت بريطانيا تتخوف فيه من روسيا تخوفا له قدره. ما أن سمع هافكين بنشوب الطاعون فى بومباى حتى عرض خدماته على حكومة الهند. وابتلعت السلطات شكوكها بشأن الجبهة السياسية،

(*) لويس باستير (١٨٢٢ - ١٨٩٥) عالم فرنسى شهير، وعلى الرغم من أن دراساته كانت أصلا فى الكيمياء فإنه اتجه بعدها إلى البحث أساسا فى علم البكتريولوجى، واكتشف العديد من الجراثيم التى تسبب المرض. وابتكر المصل الواقى من الإصابة بداء الكلب أو السعار. (المترجم).

وضمته إلى خدمتها وأرسلته إلى المدينة المصابة بالوباء. ولا ريب فى أنه كان أكثر البكتريولوجيين خبرة فى البلاد - والحقيقة أنه كان واحدا من الأفراد القلائل جدا فيها ممن نالوا تدريبا على البكتريولوجيا - ولكنه جلب معه إلى بومباى سمعته التى كانت من قبل مثارا لبعض الجدل.

بحلول ديسمبر ١٨٩٦ توصل هافكين وهو يعمل فى معمل مجهز تجهيزا سيئا من أن يطور ما أسماه بأنه الفاكسين الواقى من الطاعون. وكان فى وقت مبكر من العام الجديد قد طعّم نفسه سرا بفاكسينه الجديد. ثم قام باختباره فى سجن محلى على بعض المساجين - المتطوعين. وكان أن نجوا أحياء من الوباء على نحو أفضل كثيرا ممن اختاروا ألا يتطعموا. وعلى كل فلعل الأمر كان يمكن أن يستقر هكذا على الأقل لبعض الوقت - لولا حقيقة أن الطاعون عاد إلى بومباى وما وراء ساحلها فى ١٨٩٧ - ١٨٩٨. فى هذه الظروف ظهر هناك أولئك الأفراد الذين أخذوا، ببعض تشجيع من هافكين، يتحدثون عن التطعيم على نطاق واسع كبديل للإجراءات الأكثر عنفا التى كانت شائعة وقتها، وكان هؤلاء الأفراد يتضمنون بعضا من أطباء بومباى ممن يمارسون الطب المغاير ولديهم أيضا وعى سياسى.

على أن ج. بينبردج كبير الأطباء فى هيئة (خ ط هـ) فى بومباى لم يكن بالذى يقبل أن تكون له أى علاقة بالتطعيم. وقد كتب ليقول إن "كفاءة" الطعم الواقى أمر "لم يثبت بعد". وأكد أن الحساء الذى يتم زرع فاكسين الطاعون فيه كان مصدره من لحم البقر أو الخنازير(*). ولنلاحظ مرة أخرى كيف أنه لم يكن قد تم بعد نسيان سنة ١٨٥٧ وما حدث فيها من تشحيم للبنادق(**). بينبردج لم يكن يردد ما يشغله من هواجس لطبقة الموظفين وحدها، فقد أعلنها أيضا للغرفة التجارية المحلية (التى

(*) البقر مقدس عند الهندوس، ويرفضون ذبحه، والخنزير نجس عند الهنود المسلمين. (المترجم)

(**) يقصد إعداد البنادق تأهبا لحوادث شغب شعبية بسبب الإجراءات التى تتخذها الحكومة ضد الوباء. (المترجم).

يسودها الأوروبيون). وعندما سمع نائب الملك عن هذه الواقعة الأخيرة فإنه عقب على ذلك قائلا: "إنه حتى النقمة الإلهية لتبدو أقل حدة من غيرة الأطباء".

وبمعنى ما فإن هافكين قد أساء "لمؤسسة"(خ ط هـ) فى بومباى بمجرد وجوده هناك. فقد كان لديه علم البكتريا الذى لم يكن لديهم. وكانوا هم أطباء أما هو فليس بطبيب. كان لدى باستير مشاكل مشابهة لهذا. على أن الأمر كان فيه ما هو أكثر. ذلك أن هناك قطاعا من المجتمع الهندى أخذ يتبنى أفكار هافكين، وهو قطاع "ممارسى الطبى المحليين"، الذى كان الكثيرون فى هيئة (خ ط هـ) يحسون أنه قطاع فيه شئ من التهديد المهنى والسياسى. وبمعنى ما فإن هافكين كان مصدر إساءة أيضا من حيث كونه أجنبيا منعزلا بعض الشئ، ويعمل بجد، كما أنه بالإضافة إلى ذلك روسى يهودى. كان ويليام سيمبسون المشرف الصحى بمدينة كلكتا واحدا ممن صادقوا هافكين قبل ذهابه لبومباى. وكان يعد "دخيلا" آخر من النوع غير المطلوب. لم يكن سيمبسون أحد أفراد (خ ط هـ) وإنما كان موظفا لدى مجلس بلدية كلكتا الذى كان – سياسيا – مجلسا متقلبا. على أى حال فإن المجلس لم يكن بأى معنى رسمى مسئولا أمام السلطات الحكومية.

زعم سيمبسون فى وقت مبكر هو أكتوبر من ١٨٩٦، أنه قد اكتشف عددا من حالات الطاعون فى كلكتا. كانت استجابة حكومة البنجال مثيرة للإعجاب. فسرعان ما شكلت "لجنة طبية" ذات وزن ثقيل فيها أفراد من هيئة (م هـ م) وهية (خ ط هـ). وأعلنت هذه اللجنة أن حالات الطاعون المزعومة لم تكن حالات طاعون على الإطلاق، وإنما هى نوع من الأمراض التناسلية. وأطلق رجال الأعمال فى كلكتا تنهيدة ارتياح هائلة، وخاصة الجزء الذى يختص منهم بتصدير الشاى والجوت. على أنه حدث فى نفس الوقت عند قمة الفزع أن انشغل الكثيرون من الأوروبيين فى كلكتا – وهم أساسا من غير الرسميين – انشغالا محموما بالحالة "غير الصحية" للبيئة فى المدينة. واتخذت كنتيجة لذلك أول الخطوات التى أدت إلى اختصار شديد لسلطات مجلس بلدية كلكتا فى لائحة بلدية كلكتا لعام ١٨٩٩. فقد وفر الطاعون الفرصة المناسبة للهجوم على هيئة

كانت لسنين عديدة، مما يعد إلى حد كبير بمنزلة هيئة يحتكرها السادة الهنود البنجاليون الذين يكثرون من الثرثرة، والذين يعدون فيما يفترض من المعوقين.

من المحتمل تماما أن سيمبسون كان على خطأ فى تشخيصه فى ١٨٩٦. ولكن سيمبسون لم يكن غبيا، فقد واصل الطريق ليصنع لنفسه مستقبلا مهنيا متميزا فى علم الأوبئة بعد أن أرغم فى الواقع على ترك وظيفته فى كلكتا. وقبل أن يغادر كلكتا ضاعف سيمبسون من خطئه فى أعين طبقة الموظفين بأن ابدى علنا تمسكه بتشخيصه. وهكذا فإن هربرت ويزلى سكرتير الإدارة البلدية لحكومة البنجال أخذ يهتف قائلا: "إن عناد سيمبسون وغروره يتجاوزان كل سيطرة". عندما تفشى الطاعون – طاعون لاشك فيه – فى كلكتا عام ١٨٩٨ ألغت حكومة البنجال كل ما كان يوجد من سلطة التحكم فى شئون الطاعون بين يدى نيلد كوك خليفة سيمبسون فى عمله كمشرف صحى – وكان كوك على أى حال قد أذنب بأن طرح أنه فيما يبدو، فإن كل ما جرى من تطهير فى بومباى لم يفد بأى شئ؛ مما له مغزاه أنه قد حدث فى البنجال أيضا أن سلطة التحكم فى الطاعون لم يعهد بها إلى أيدى (خ ط هـ)، وإنما عهد بها أساسا إلى ريزلى سكرتير الإدارة البلدية لحكومة البنجال. فالطاعون كان ينظر اليه على أنه أمر أهم من أن يترك فى أيدى الأطباء. ويمعنى ما فإن هذا أصبح حتى أكثر صدقا عندما أخذ الطاعون ينتشر فى المناطق الريفية من البنجاب، ويهدد مدن شمال الهند. وكان مما يخشى أنه لو ظهر الطاعون فى مدن الشمال فإن المشاعر الشعبية ستجعل من المستحيل تنفيذ ما يسمى بأنه "عزل" المخالطين، حسب المدى الذى تقرره اللوائح التنظيمية لفبراير ١٨٩٨. مرة أخرى فإن ما كان فى ذهن حكام الهند – وخاصة فى حالة سير أنتونى ماكدونيل نائب الحاكم للأقاليم الشمالية الغربية – هو "أن الاعتبارات "السياسية" لها الأسبقية على الاعتبارات الطبية. دعنا مرة أخرى نلاحظ أن الإمبريالية كانت فى حاجة إلى أن يحدث من الأهالى "تعاون مع الأعداء" على نحو خفى: فحكام الهند البريطانيون لم يكونوا يخطون عملياتهم فوق لوح أملس.

بالإضافة إلى ذلك، كان هناك جانب أشد قسوة بالنسبة لتغير الموقف عند بعض حكام الهند فيما يتعلق بإدارة شئون الطاعون. ثمة خطاب لمحرر في "المجلة المدنية والعسكرية " بلاهور يعبر عن الأمر على النحو التالي:

"لأي سبب على وجه الأرض ينبغي أن نواصل إنفاق ملايين الروبيات على مهمة لا شكر عليها... فلنترك الأهالي لرعاية ومشورة أطبائهم من "الحكماء" ليسعدوا بذلك قانعين، وعندما يقتل الطاعون نصف سكان الهند ثم يستنفد قواه، فلربما سيدرك (كذا) الأهالي مدى قوة المثل القائل (إن من يشاء الله دمارهم يحرمهم أولا من إدراكهم)".

هذا الرأي، الذي تنامى سريعا والذي يعارض - لأسباب شتى - التنفيذ الصارم للقوانين التنظيمية للطاعون، كان مما أمكن لروبرت هارفي أن يلزم به نفسه، وكان هارفي وقد أصبح رئيسا لهيئة (خ ط هـ) في وقت مبكر من ١٨٩٨ ويكتب هارفي "مذكرة عن إدارة الطاعون" تاريخها ١٨ أبريل ١٨٩٨، ولم تكن مذكرته هذه بالمبادرة المستقلة تماما: فمع ما كان موجودا في الحقيقة من وضع من المواجهة بين هيئة (خ ط هـ) وهيئة (م هـ م)، لا يمكن أن تكون مذكرته بمبادرة مستقلة منه. ومع ذلك فإن هذه المذكرة كانت ذات أهمية، ويكتب هارفي قائلا فيها "علينا أن نواجه الحقائق، وفيما يبدو فإن تاريخ موجات الوباء المختلفة التي تفشت قد دل، (ويدل) على أنه ما أن يوطد المرض أقدامه فإنه لا يمكن إخماده، و... محاولة القيام بذلك عن طريق التدخل الإجباري في عادات وتقاليد الناس أمر لا ينجح". على أن هارفي كان يتمسك ببعض الأمل: فهو يبين بصورة بالغة الحدة أن نازلة الطاعون في بومباي "هي مجرد أمر تافه بالمقارنة بالأمور الكثيرة الأخرى التي لنا اهتمام خاص بها". ولم يحل الهلاك إلا بما يزيد قليلا على ثلاثة في المائة من سكان بومباي. وإذا كنا الآن نعرف أنه قد مات بعدها على الأقل عشرة ملايين هندي آخر من الطاعون على مرالعشرين سنة التالية، فإننا نعرف أيضا أنه فيما عدا حالات قليلة جدا فإن جائحة الطاعون الثالثة لم يحدث

أن ثبت فى الهند ولا فى أى مكان آخر أنها قد نتج عنها ما يقارب المصائب الديموجرافية للجائحة الثانية، التى أصابت أوروبا فى ١٣٤٨, ففى تلك الجائحة الثانية كانت حالات الطاعون الرئوى هى - فيما يحتمل - الحالات الأكثر شيوعا إلى حد بالغ.

أدت مذكرة هارفى إلى قدر كبير من الجدل على مستوى عال، وأدت إلى أن عقد مؤتمر من مديرى شئون الطاعون فى سيملا التى كانت تشتبك مع بومباى فى نزاع شديد يكاد يكون محتما، وأخيرا فإنها أدت إلى قرار من حكومة الهند تقول فيه إنه الحكومة "ليست... مستعدة لأن توافق على استنتاجات د. هارفى بشأن الإجراءات التى فرضت حتى الآن ضد الطاعون ومدى فاعليتها فى إيقافه". وبكلمات أخرى فإن الحكومة الهندية لا تقر بأنها كانت على خطأ. على أنه تبع ذلك أن حدث "واقعيا" قدر كبير من التراخى فى شدة تطبيق اللوائح التنظيمية للطاعون فى شمال الهند - والحقيقة أنه حدثت أوجه سوء الفهم بشأن الاختلاف ما بين اللوائح التنظيمية الرسمية وتفسيرها عند التطبيق، ويبدو أن هذا كان أحد العوامل وراء شغب خطير حدث فى كاونبور فى ١٩٠٠ وظلت اللوائح التنظيمية القاسية موجودة الآن ظاهريا، وذلك أساسا لإرضاء القوى الأوروبية "الأقل تنورا" كما كان يسميها أحد الرسميين. حدث فى نفس الوقت "تغير كامل مفاجئ" ومهم نوعا ما، فقد أعلن أنه من الممكن توظيف ممارسى الطب الهندى من "الحكماء" و"الكهنة"، للإشراف على "المستشفيات" العامة والخاصة والمخيمات. وفى السنوات التى تلت ذلك فى البنجاب كان الأطباء الهنود من "الحكماء" و"الكهنة" ما زالوا فى الحقيقة يحسون بأن السياسة الرسمية كانت تحتشد ضدهم، وهكذا ظلوا أحيانا يعملون ضد سياسة العمل الرسمية بشأن الطاعون. ومع ذلك فقد تم هكذا اتخاذ خطوة لبداية تجربة جديدة للإقرار بالطب المحلى، وإن كانت قد اتخذت فحسب بسبب الحاجة الضرورية أو حتى بسبب اليأس، وليس بسبب الاقتناع.

كان هناك نتيجة إضافية - ورئيسية - لمذكرة هارفى. فقد ذهب ج. ب. هيويت وزير الداخلية بحكومة الهند لرؤية نائب الملك وأقنعه على أن يوافق، بعد بعض التردد فى مبدأ الأمر، على أن يطلب من حكومة الوطن تعيين لجنة تحقق بشكل خاص فى الجوانب "العلمية" للطاعون، وخاصة بشأن "تأثير طعم م. هافكين الواقى" ووافقت وزارة الهند - على ما يجب أن نلاحظ أنه كان أساسا مبادرة من هيئة (م هـ م).

توفر الأوراق المتصلة باختيار أعضاء اللجنة الهندية للطاعون ضوءا يكشف جانبا مهما من مشاغل وزارة الهند فيما يتعلق بالطاعون. فقد تمت استشارة اللورد ليستر(*) المسن الذى كثيرا ما كان يستشار فى هذه الأمور. وأوصى بأن يكون من ضمن أعضاء اللجنة، بين آخرين، اثنان من "المكروهين بشدة" من الكثيرين فى الهند وهما: هافكين (الذى يفضل أن يكون رئيسا للجنة، والبروفيسور ويليام سيمبسون الذى كان سابقا فى كلكتا. وفى التو رد جودلى بوزارة الهند على ذلك بأنه لأسباب "سياسية"، فإن أعضاء اللجنة يجب أن يكونوا أناسا لا خبرة لهم بالوباء الحالى - إلا أنه بعدها عمل على أن يعين كأعضاء فى اللجنة اثنين من هيئة موظفى الهند المدنيين كانا على صلة وثيقة بإدارة الطاعون. وأحدهما لم يكن سوى ج. ب. هيويت، وكان من الواضح أنه رجل يشق طريقه صاعدا. بالإضافة إلى ذلك فإن سكرتير لجنة الطاعون كان موظفا مدنيا. أما هيئة (خ ط هـ) فقد أثار اشمئزازها أنها لم تنل أى تمثيل لها فى اللجنة. وبدلا من ذلك ذهبت أماكن العضوية إلى زميل لكلية الجراحين الملكية من أدنبرة، وإلى موظف كبير من الإدارة الطبية شبه الاستعمارية فى مصر (وكان معروفا أنه يعارض طعم هافكين للطاعون)، وكذلك إلى البروفيسور آلمورث رايت من مؤسسة نيتلى التى تتولى تدريب من يدخلون لهيئة (خ ط هـ) وللقوات الطبية للأسطول الملكى. كان رايت يعد نسبيا من الشباب، وكان أمامه مستقبل مهنى متميز كعالم بكتريولوجيا.

(*) اللورد ليستر (١٨٢٧ - ١٩١٢) أحد كبار علماء الطب البريطانيين، وأول من استخدم المواد المطهرة للتعقيم فى الجراحة. (المترجم).

وكان قد أخذ بالفعل يجمع من حوله مجموعة صغيرة من الحواريين من بين متدربى هيئة (خ ط هـ) فى المجال البكتريولوجى.

ولكن على الرغم من وجود رايت فإن لجنة الطاعون لم تنجز إلا القليل فى مجال العلم. ولم يزد تقريرها على أن يكون تقريرا يتصف بالفتور بالنسبة لفاكسين هافكين، وإن كانت اللجنة قد أبدت تأييدا أقل لمادة السيرم الوقائية المنافسة التى قدمها الفرنسى يرسين. على أن اللجنة كانت أكثر تشككا فيما يتعلق بمنتج آخر للعلم الفرنسى، وهو نظرية دور الجرذ والبرغوث فى تسبيب الطاعون. وكانت هذه النظرية قد طرحت بواسطة بول - لويس سيموند (وذلك فى ورقة بحث تعد الآن من أوراق البحث الكلاسيكية)، وكان ذلك سابقا بحوالى شهر واحد فقط لبدء اللجنة لمداولاتها. اللجنة على الأقل قد لاحظت ظهور ورقة البحث هذه، واستشارت ج. هـ. ن. نوتال عالم الطفيليات المبرز، والنبيل تشارلز روتشايلد، وهو أول فرد من أسرة ذات نشاطات متعددة كان له اهتمام بالبراغيث - وإن لم يكن آخر فرد منها يفعل ذلك. وكان سيموند يعتمد على الاستقراء أكثر مما يعتمد على التجربة: وكان هذا سببا لأكبر اعتراض من اللجنة على نظريته. كان هذا الاعتراض صادقا بالدرجة الكافية، وإن كان هناك بعض دليل على أن سيموند كان يحس منذ ١٨٩٧ - وقت أن تُرك ليعمل وحده فى خيمتين فى بومباى - بأن الهند البريطانية كانت تعاديه هو وبلاده. أما ما فشلت اللجنة فى أن تنظر نظرة اعتبار لأمره فهو حقيقة أن "الفتوحات" العلمية الحقيقية كثيرا ما يتم صنعها كنتيجة لومضات من الحدس- وثبات تتجاوز "النماذج الأساسية" لـ "كون"(*)- وذلك أولى من أن تكون نتيجة لتجربة طويلة.

(*) توماس كون عالم أمريكى معاصر له نظرية عن التغيرات أو الثورات العلمية التى يتغير معها النموذج الأساسى للعلم، وله كتاب مشهور فى ذلك (بنية الثورات العلمية) ترجمه إلى العربية الاستاذ شوقى جلال فى سلسلة "عالم المعرفة". (المترجم)

مجمل القول أن هارفى كان مصيبا عندما أكد أن تقرير لجنة الطاعون، يقر أساسا بسياسة العمل تجاه الطاعون التى تم اتباعها منذ أن تولى هو مسئولية هيئة (خ ط هـ). إلا أنه كان عليه فيما يحتمل أن يشكر فى هذا الشأن أفراد هيئة (هـ م هـ) باللجنة – وعلى أى حال فإن سياسة عمل عام ١٨٩٨ وما تلاه من الأعوام كانت أساسا سياسة عمل هيئة (هـ م هـ). وهكذا فإن تقرير لجنة الطاعون لم يكن، إلى حد ما على الأقل، إلا عملا آخر من أعمال ممارسة العلاقات العامة. مما له مغزاه أنه وإن كان من المعتقد، ومازال من المعتقد، أن رايت هو الذى كتب على الأقل بعض أجزاء من التقرير، إلا أنه سرعان ما تحرك بطريقته الخاصة التى يحتمل أنها تتسم بشئ من المراوغة، ليتجاوز إلى مدى بعيد استنتاجات التقرير من خلال أبحاثه هو نفسه، وكذلك أيضا من خلال أبحاث كان يشجع آخرين عليها.

مع كل ما كان يبدو من سيطرة هيئة (هـ م هـ) الظاهرة على لجنة الطاعون، إلا أن هذه اللجنة قدمت بالفعل طلبا لزيادة التأكيد على جانب أنشطة "صحة البيئة" التى تقوم بها هيئة (خ ط هـ)، وأن يتم من خلال ذلك التأكيد تنمية المزيد من البحث على أمراض المناطق الحارة فى الهند، وذلك فى معهد مركزى للأبحاث وأيضا فى الأقاليم. كانت هذه خطوة فيها إمكاناتها المهمة: فمن الواضح أن العلماء هكذا سيعطى لهم دور أكبر. وعلى الرغم من أن التقرير لم يذكر ذلك مباشرة، فإنه فى هذه المرحلة كان ثمة أفراد معدودون يعملون تحت رعاية رايت، ولديهم الاستعداد والرغبة للاستجابة للتحدى الذى طُرح هكذا.

فى نفس الوقت فيما بين ١٩٠١ – ١٩-٢ كانت المناطق الريفية من البنجاب تعانى بشدة من الطاعون. لم تؤد هذه الحقيقة إلى أن ينتبه كل فرد انتباها كبيرا للخطر. كانت هناك صحيفة اسمها "البيونير" (الرائد) يقرؤها الكثيرون من أفراد طبقة الموظفين فى شمال الهند، وكتب أحد مراسليها فى مارس ١٩٠٢: "يبدو أننا نحن الأوروبيين نتسم بعدم المبالاة، وذلك لأن الإحصائيات تبين أن أعداد الأوروبيين الذين ماتوا من الطاعون أقل ممن يموتون سنويا من الكوليرا، وبالتالى فإننا نستطيع

المخاطرة باحتمال الطاعون مثلما نخاطر باحتمال الكوليرا". وهكذا فإن الإحساس الأساسى بعدم الأمان عند الأوروبيين فى الهند الذى جعله الطاعون يظهر علنا، قد أخذ الآن يتنكر ثانية خلف جو من السخرية والتبجح.

إلا أن سير تشارلز ريفاز نائب الحاكم للبنجاب كان مثل معظم الرسميين فى الهند، يبحث عن تحقيق "نجاح" يمكن أن يرتبط باسمه ارتباطا دائما. ويبدو أن هذا كان أحد الأسباب فى أنه على الرغم من التردد الذى أبدته لجنة الطعون منذ زمن لا يزيد إلا قليلا على العام الواحد، فإن ريفاز قرر القيام بحملة تطعيم جماعية فى إقليمه. وأعطته حكومة الهند المال اللازم، وطلب بالفعل من هافكين أن يحول معمله إلى مصنع، حيث يتم إنتاج طعمه الواقى على نطاق كبير. وافق هافكين – وكان فى ذلك مخالفا لما عرف عنه من حكمة فى الرأى. على أن هافكين أيا ما كانت مزاياه الأخرى كان لديه نزعة قوية للخيلاء، وهو أيضا له رغبته فى "النجاح".

مجمل القول أنه قد تم تطعيم ما يقرب من نصف مليون قروى من البنجاب بفاكسين هافكين فى موسم ١٩٠٢ – ١٩٠٣. كان هذا فى حد ذاته إنجازا بيروقراطيا وطبيا له قدره، خاصة فى السياق الهندى. إلا أنه كان إنجازا هشا بعض الشئ، أحد أسباب ذلك أن "من الأسرار المفضوحة أن إجراءات التطعيم فى البنجاب كانت أبعد من أن تكون إجراءات تطوعية بالكامل". كانت هناك شائعات بأن "أطباء الطاعون" إنما هم فى الحقيقة "يسممون" الناس. ثم حدث فى ٣٠ أكتوبر ١٩٠٢ فى قرية تدعى مالكوال أن أصيب بالتيتانوس(*) تسعة وعشرون ممن طعموا، ثم ماتوا – ومن الحقيقة أن خطة ريفاز لم تنته بعدها فى التو نهاية مخزية، فقد استمر إجراء بعض التطعيم لفترة من الزمن. ولكن لا ريب فى أن حادثة التيتانوس هذه كانت محرجة إلى حد كبير،

(*) التيتانوس نوع من الحمى ينتج عن التلوث بجراثيم تدخل الجسم من جروح الجلد أو الحقن الملوثة، وتؤدى إلى تشنج فى عضلات العنق والفك، وتؤدى إلى وفاة المريض إن لم يعالج فى الوقت المناسب.(المترجم).

ليس فحسب بالنسبة لحكومة البنجاب بل وأيضا بالنسبة لحكومة الهند. فيما يبدو، فإن من المحتمل جدا أن شحنة من الطعم الواقى قد أصابها التلوث عندما أسقط أحد المساعدين الهنود على الأرض ملقطا مما يستخدم لفتح الزجاجات. إلا أن الطبيب القائم بالمهمة، ويدعى د. إيليوت، كان ينبغى أن يتحمل أيضا بعضا من المسئولية. كان هذا الطبيب واحدا من مجموعة من سبعة وثلاثين طبيبا بريطانيا جندوا مؤقتا فى حملة التطعيم، ولم يكن من أفراد (خ ط هـ). هناك طبيب آخر من هؤلاء الأطباء جد ميئوس منه بحيث لزم أن يعاد إلى الوطن بمجرد أن وضع قدميه فى البنجاب، وسرعان ما تبعه ثلاثة آخرون. أما بالنسبة للدكتور إيليوت فقد وصل الأمر بأحد زملائه إلى أن يقول معقبا عنه: "إنه كان دائما على وعى بأن أقوى ميزة لديه هى حب المغامرة الرومانسية".

استغرق ظهور القصة الكاملة لأحداث مالكوال بعض الوقت. وحتى هافكين نفسه كان يظن أول الأمر أن هذا الحادث المؤسف يحتمل أن يكون نتيجة تلوث بمعمله فى بومباى. كان هذا على الأقل أحد الاحتمالات، ذلك أن حكومة بومباى كانت جد متباطئة فى تزويده بما يطلبه من الجنود فى محاولته للإيفاء بمطالب حكومة البنجاب. والحقيقة أن الطعم الواقى كان يتم صنعه بواسطة أفراد وصفوا وقتها، بأنهم "صبية نصف متعلمين وعمال غير مهرة تم تشغيلها حديثا"، لم يكن وصفهم هكذا بالوصف غير الدقيق.

حاولت حكومة الهند إلصاق المسئولية كلها بهافكين بالنسبة لفشل التطعيم فشلا تاما. وقالوا إنه قد غير فى عملية الإنتاج دون أن يخبر حكومة البنجاب، وتظهر وثائق المحفوظات القومية للهند ما كان يوجد من تصميم مذهل تماما لسحق هافكين من جانب الكثيرين، ابتداء من كيرزون نائب الملك ونزولا لمن هم دونه. أما المدير العام لهيئة (خ ط هـ) وقتها - وكان يحمل اسما لامعا هو بنيامين فرانكلين - فكان بوجه عام طرفا مؤيدا للحملة ضد هافكين. إلا أن زعامة الحملة كان يتولاها معظم الوقت هربرت ريزلى، ذلك الإدارى الذى لا يرحم - والذى كان جون مورلى يرى أنه "صاحب نزعة

شيطانية نوعا ما" - وكان ريزلى وقتها قد نقل من البنجال إلى سكرتارية وزارة داخلية حكومة الهند. ويكتب ريزلى أن هافكين رجل "بارع براعة فائقة، ولديه وسائطه الخاصة به، وهو فيما أعتقد على وشك أن يتزوج من يهودية ثرية فى بومباى - ولسوف يناضل عنيفا من أجل سمعته". والحقيقة أن هافكين لم يتزوج قط، ولكنه ناضل بالفعل وكان نضاله عنيفا.

أحضرت حكومة الهند السير لورانس جنكنز الذى كان يكتسب شهرة بأنه "أحسن القضاة فى الهند"، وأقنعته الحكومة بأن يغير تغييرا تكنيكيا فى تقرير لجنته الأصلى عن الحادث، وهو تقرير لم يكن يُظهر الإداريين دائما فى أحسن صورة. أول كل شئ، فإنه كنتيجة لتقرير لجنة جنكنز وجد هافكين نفسه أساسا "فى إجازة"، من منصبه كمدير لمعمل بومباى البكتريولوجى لما يزيد على ثلاثة أعوام. ولم يدفع له أجره أثناء جزء من هذه الفترة. على أن هافكين أنفق هذا الوقت فى حشد التأييد له فى إنجلترا وفى أوروبا. وكان من بين من اقتنعوا بأن يحضروا لمعاونته رونالد روس - الذى كان كما نتذكر قد عومل معاملة سيئة أيام عمله فى (خ ط هـ). ووليام سيمبسون الذى عمل سابقا فى كلكتا. وتم فى النهاية نشر خطاب طويل فى "التيمس" رتبت حججه بعناية، ووقعه روس وسيمبسون مع آخرين. وكانت النتيجة أن أعادت حكومة الهند تعيين هافكين - وإن لم تكن هذه بالنتيجة المباشرة حتى فى ذلك الوقت. على أن الحكومة لم ترد له وظيفته القديمة فى بومباى. كما أنها لم تعطه وظيفة مدير معهد البحث المركزى الذى اقترحته لجنة الطاعون والتى وعد بها قبل مسألة مالكوال، وإن كانت الحكومة قد أعطته المرتب الذى وعد به فى السابق. أنفق هافكين معظم ما تبقى له من الوقت فى الهند حتى اعتزل فى ١٩١٥، وهو يعمل مكتئبا فى معمل صغير فى كلكتا، وقد زاد انطواؤه داخل نفسه وداخل يهوديته. ولم يسهم بعدها إلا قليلا فى الكفاح ضد الطاعون.

وقتها، كان المزاج الذى يسود الكثيرين من الموظفين المدنيين بالنسبة للطاعون، يمكن إيجازه فيما يحتمل بما ذكره هاركوت بتلر الذى كان يشق طريقه بسرعة فى

دوائر حكم الأقاليم المتحدة، إذ يقول: "إن خبراءنا يضللوننا دائما ولن نسلم بأنفسنا إلا بعد أن نتخلص منهم" - وفى مثل هذه الظروف، لم يكن هناك أمل كبير بالنسبة لهيئة (خ ط هـ). كان بتلر يميل إلى إقرار "سياسة عمل" بالنسبة للطاعون قد خططها عدد من موظفى الأقاليم فى ولايته: هى سياسة "عمل لا شىء".

فى ١٩٠٧ ألقى اللورد منتو نائب الملك وقتها خطاب ميزانيته لذلك العام عندما كان الطاعون فى ذروته فى البنجاب، وتساءل فى خطابه عن السبب فى أنه لا يُذكر سوى الشئ القليل جدا عن "الحصاد السنوى للطاعون" وأحس سكرتيره الخاص ج. ر. دنلوب سميث أنه مضطر إلى تفسير هذا "التبلد" وكتب إلى منتو قائلا:

"إن تاريخ الجهود التى بذلتها الحكومة لمكافحة الطاعون لهو تاريخ كئيب. لقد استمرت هذه الجهود طيلة ما يزيد على عشر سنين ولم تكن لها عمليا أى نتائج... ولم يتم اكتشاف أى علاج للطاعون، أما بالنسبة للتطعيم، وسيلة الوقاية الوحيدة الموجودة التى قد تكون لها فائدة، فقد فُند تماما وجود أى فائدة له. إجلاء السكان (من مسرح تفشى الطاعون) ليس فيه علاج ولا وقاية، على أنه قد ثبت أنه أكثر الإجراءات فعالية فى تهدئة الأمر، ولكنه فعال فحسب طيلة استمراره. وقد تم مؤخرا اللجوء إلى قتل الجرذان بقدر ما تسمح به موارد الحكومة وأهواء الناس، على أنه لم يحن الأوان بعد لأن نقول ما إذا كانت هذه الخطة بخاصة من عمليات المكافحة ستلقى أى نجاح أكثر من غيرها... وحتى الآن فإننا بما هو معتاد منا من النشاط والثقة بالذات، نحاول بذل كل الجهد من أجل أفراد الشعب، وإن لم تنجح إلا فى إثارة تحاملهم واستفزاز حساسياتهم الدينية والاجتماعية".

كان هذا من نواح كثيرة تلخيصا بليغا لسياسة العمل الرسمية تجاه الطاعون طوال العقد السابق. ما أن اتضح أن الوباء لن يكون بنفس درجة وباء ١٣٤٨، وما أن هدأت إلى حد كبير مخاوف أوروبا، حتى حدث كما يقول دنلوب سميث هبوط شديد فى حرارة موقف الكثيرين من رجال الهند الرسميين، حتى أصبح هذا الموقف يقترب من أن يكون شيئا قريبا من "التبلد". وهذه الكلمة، مثلها مثل "التسليم بالقضاء والقدر"، قد

استخدمت لزمن طويل لتعبر بطريقة ليست عادلة تماما، عن موقف الكثيرين من الهنود تجاه الطاعون، كما سبق استخدامها بالتأكيد لتعبر عن موقفهم عن تفشي الأوبئة الأولى. ومما يمكن نقاشه أن البريطانيين مع كل "ما هو معتاد منهم من النشاط والثقة بالذات" (باستخدام كلمات دنلوب سميث)، كانوا الآن قد وصلوا إلى موقف لا يختلف إلا قليلا عن موقف الكثيرين من رعاياهم.

على أن دنلوب سميث قد ذكر بالفعل تطورا واحدا جديدا هو "قتل الجرذان". فكانت تقدم وقتذاك جوائز حسب عدد ذيول الجرذان التي يؤتى بها إلى المستوصفات وما أشبهها. ولم تلق سياسة العمل هذه نجاحا كبيرا في السنوات التالية: وأحد أسباب ذلك أن طائفة الهندوس كان لا يمكنها الإسهام في هذا النشاط. على أن الأمر يحتاج إلى أن نتساءل عن السبب في أنه في ١٩٠٧، ظهر هذا الاهتمام الجديد بالجرذان وعلاقتها بالطاعون. السبب هو أن نظرية سيموند عن الجرذ والبرغوث كانت قد أخذت أخيرا تجد شيئا من القبول في الهند.

كان يُنظر في العالم عموما وفي قارة أستراليا على وجه الخصوص، إلى البحث الذي قام به أشبيرتون تومبسون وفرانك تيدزويل في سيدني، وإلى البحث الذي قام به ج. اس. س. إلكنجتون العالم النابه وإن كان غريب الأطوار، كان يُنظر إلى هذه الأبحاث على أنها قد زودت بالكثير من الإثباتات التي كان يتطلبها بحث سيموند. وهذا رأي صحيح في جوهره؛ وكانت هذه الدراسات الأسترالية عن الطاعون بمنزلة علامة تدل على دخول جزء آخر من الإمبراطورية البريطانية، إلى مجال طب المناطق الحارة وهو أمر - وإن كان غير متوقع نوعا ما - سرعان ما أصبح جد مثمر. كانت سيدني التي عانت من أوبئة طاعون صغيرة في ١٩٠٠ و ١٩٠٢، تنعم على نحو أكثر مما في معظم المدن الهندية، بأن فيها بيروقراطية مستقرة وقاعدة سكانية للتحليل الإحصائي تتسم برسوخها.

على أنه ينبغي أن نوضح أن أشبيرتون تومبسون لم يكن على غير معرفة بالبحث الذي يجري في الهند. وقد زار إلكنجتون نفسه بومباي في وقت حاسم في ١٩٠٢،

والحقيقة أنه يبدو أن إلكنجتون هو الذى أعلن للعالم العلمى خارج الهند نبأ الاكتشافات المبكرة لجلين ليستون، العضو الإسكتلندى الشاب فى (خ ط هـ)، ولعل إعلانه هكذا كان فيه بعض ظلم قليل.

كان ليستون هو الذى بذل أقصى الجهد فى الهند ليضفى الاحترام على نظرية الجرذ - البرغوث. وكان واحدا ممن يحظون برعاية رايت وممن ساعدوا لجنة الطاعون فى تحقيقاتها. شجع رايت ليستون على أن يثابر على بحثه فى نظرية الجرذ والبرغوث، على الرغم مما نشرته اللجنة من استنتاجاتها، وعلى الرغم من معارضة هافكين لها معارضة لها اعتبارها، وكان ليستون يعمل وقتها فى معمل هافكين. كان هافكين يسترشد برأى لجنة الطاعون عن سيموند ليعارض به ليستون. على أى حال فإن هافكين قال إنه "هو" الرئيس العلمى لمعمله، وأن من يعملون تحت رئاسته ينبغى أن ينشغلوا بأبحاثه "هو". وأعطى هافكين أوامره فى مارس ١٩٠٣ بتفكيك أجهزة ليستون. كان هذا الموقف يرجع فى جزء منه إلى التوتر الذى أحدثته مسألة مالكوال فى هافكين، ويرجع فى جزء آخر إلى معامل القارة الأوروبية التى عمل فيها هافكين. لم يكن الأمر يرجع إلى أى نوع من ممارسة استثنائية فى الهند ولا حتى إلى أى ممارسة استثنائية بريطانية. ومع ذلك فإن الواحد من سكان النصف الآخر من الأرض(*)، ربما يطرح أن هذا الموقف لا يمكن أن يكون مما يتوقع أن يحدث كثيرا فى زمن انعطاف هذا القرن فى اللجنة الصحية الصغيرة بولاية نيوساوث ويلز.

كما يتفق، فقد حدث أن اتخذ معهد ليستر للطب الوقائى فى لندن مديرا جديدا فى ١٩٠٣، هو تشارلز مارتن، مستدعيا إياه من إقامته مؤقتا فى نيوساوث ويلز. وفى سبتمبر ١٩٠٤ اتصلت وزارة الهند بمعهد ليستر طلبا للنصح بشأن التحكم فى الطاعون. واقترح المعهد أنه يمكن التوصل إلى التحكم فى المرض بسهولة أكبر لو عُرف المزيد عن أسبابه. وهكذا ظهرت إلى الوجود اللجنة الاستشارية لأبحاث الطاعون

(*) يقصد سكان أستراليا فى النصف الجنوبى من الأرض. (المترجم) .

فى الهند. سافر مارتن إلى الهند، وفى خلال بضعة شهور جند هناك ليستون، وسرعان ما ضم بعدها جورج لامب وهو موظف آخر من (خ ط هـ)، كان قد تلقى تدريبا بكتريولوجيا، وذلك حتى يقوما بإجراء بحث تفصيلى فى الهند. اختير ليستون على وجه الخصوص لهذه المهمة بواسطة جورج بومفورد المدير العام المعين حديثا لهيئة (خ ط هـ). وكتب بومفورد "أن النقيب ليستون لديه آراء عن مسببات الطاعون ولم تتح له قط أى فرصة ليتحقق منها تحققا كاملا. يبدو لى أن نظرية البرغوث نظرية جد واعدة. وبالتالى، فإنى سأوافق على انتداب النقيب ليستون".

بناء عليه، أمكن لليستون على مر السنوات القليلة التالية أن يطور البحث الذى بدأه وهو تحت عينى هافكين الغيورتين - وقد أمكنه بالذات أن يواصل بحثه على الطريقة الغريبة التى يحافظ بها برغوث الجرذ، على بكتريا عصوى الطاعون طيلة بضعة أيام داخل أحشائه، متيحا لها أن تتكاثر ليحقنها فيمن يمتص دماءهم. اكتمل بحث ليستون على آليات نقل الطاعون فى إنجلترا، بواسطة مارتن وآرثر باكوت. على أنه لا ريب أن ليستون هو الذى حدد الطريق بإشارة منه. وبحلول عام ١٩١٠ أصبح ليستون مسئولا عن استمرار الأبحاث فى الهند حول جوانب كثيرة من الطاعون، وهى أبحاث كانت تجرى لحساب اللجنة الاستشارية للطاعون.

بحلول ١٩١٠ أيضا تم نشر أبحاث ليستون وزملائه، وهى أبحاث قد مُولت تمويلا جيدا ونشرت فى "ملاحق خاصة عن الطاعون". فى مجلة "جورنال أوف هايجين" (مجلة الصحة). هذا وقد أخرجت مطبعة جامعة كمبردج هذه الملاحق فى طبعة سخية. ومازالت هذه الدراسات مما يستشهد به كثيرا فى الأدبيات العلمية. لاريب فى أنه بقدر ما يتعلق الأمر بالطاعون، فإن البحث الطبى فى الهند قد بدأ منذ عام ١٩١٠، يتخذ مظهرا ينتمى بوضوح إلى القرن العشرين - وهو مظهر يختلف تماما عما كان يحدث من تخبط، وما كان يحدث حقا من تشوش، منذ ما يقل عن خمسة عشر عاما. كذلك فإنه بحلول ١٩١٠ حدث فى دوائر هيئة الخدمات الطبية الهندية، تقبل واسع النطاق لنظرية أن الطاعون يتسبب عن الجرذ والبرغوث. فيما يتعلق بهذا الأمر، فإن هذه

النظرية أصبحت مقبولة فى ذلك الوقت أيضا على نطاق واسع فى هيئة موظفى الهند المدنية. قد يبدو لأول وهلة وكأنه قد حدث أخيرا أن ما هو "علمى" و"طبى" قد انتصر على ما هو "سياسى" و"إمبريالى". ولكن هل كان الأمر هكذا تماما؟

نحن لا نستطيع أن نهمل بالكامل ذلك الإمبريالى العظيم لورد كيرزون، نائب الملك ودوره فى هذه الانطلاقة العلمية الصغيرة التى يبدو أنها قد حدثت فى الهند فى السنين الأولى من هذا القرن. من الحقيقى أن مبادرة هيئة موظفى الهند المدنيين بمداها الأطول تبدو هى الأكثر أهمية، وإن كان كيرزون فيما يحتمل مسئولاً إلى حد ما عن التغيير الذى حدث فى عمليات الاختيار، التى جعلت من الممكن لجورج بومفورد أن يصل إلى رئاسة هيئة (م هـ م) فى ١٩٠٥، على الرغم من أنه بالتأكيد لم يكن أقدم الأشخاص المتاحين. على أى حال سواء كانت هذه المبادرات هى أصلا من نائب الملك، أو أصلا من البيروقراطية، فإنها تظل أساسا مبادرات "سياسية".

على أنه قد أصبح مما يتضح لنا الآن أن الكثير مما حدث من المبادرات، لزيادة كمية البحث العلمى فى الهند لم يكن آتيا من داخل البلاد. فهذه المبادرات لم تكن آتية من هيئة (خ ط هـ) ولا حتى من هيئة (م هـ م). وإنما بدلا من ذلك كان أصلها من مركز الإمبراطورية، أى لندن. "فاللجان الاستشارية" للجمعية الملكية كانت تلعب دورها، كما بين ذلك البروفيسور روى ماكلويد. وقد أسهمت فى ذلك أيضا وزارة الهند – وهى على وجه التأكيد قد أسهمت فى أبحاث الطاعون. على أن المرء يضطر إلى أن يستنتج أن المبادرة الرئيسية فى خلق روح جماعية فى المركز المتروبوليتانى، تحبذ البحث فى طب المناطق الحارة لم تنبثق من وزارة الهند وإنما من وزارة المستعمرات.

من الشائع أن يُعزى الفضل لتنامى اهتمام وزارة المستعمرات بطب المناطق الحارة إلى جوزيف تشمبرلين، وإن كان يبدو فى الحقيقة أن دور الموظفين المدنيين كما فى حالة لورد كيرزون فى الهند، هو دور أعظم من دور الرجل الذى على القمة. وعلى أى حال فإن من الواضح جد الوضوح أنه بمجئ ١٩٠٤، كان هناك اتصال متكرر فى

لندن بين ممثلى الجمعية الملكية ومعهد ليستر ووزارة الهند ووزارة المستعمرات - حيث كانت وزارة المستعمرات عموما تقود الطريق. ويبدو أن اللجنة الاستشارية للطاعون قد نشأت كنتيجة لهذه الاتصالات، وخاصة الاتصالات المرتبطة كما يُعتقد، بصندوق أبحاث أمراض المناطق الحارة. لاشك فى أن هذه المبادرات من وزارة المستعمرات قد أتاحت لأعضاء هيئة الخدمات الطبية للمستعمرات - وهى هيئة الخدمات التى كان ينتمى إليها د. لوسون رجل هونج كونج السيئ الحظ - أتاحت لهم أن يرفعوا رؤوسهم عاليا بما له قدره فى حضرة الخدمات الطبية الهندية. وهكذا كانت تجرى الأمور الإمبريالية بما يثير السخرية.

من الطبيعى أن أسباب انشغال وزارة الهند ووزارة المستعمرات بطب المناطق الحارة لم تكن أساسا بالأسباب الإيثارية، وإن كانت مثل هذه الدوافع ليست معدومة تماما. هكذا فإن إسهامات الحكومة البريطانية فى تمويل مدرستى طب المناطق الحارة اللتين تأسستا حديثا فى لندن وليفربول، وخاصة من خلال صندوق أبحاث أمراض المناطق الحارة، هذه الإسهامات الحكومية كانت إلى حد كبير تعبيرا عن الرغبة فى جعل المناطق الحارة آمنة بالنسبة للأوروبيين. "فالبقاء الدائم" يجب أن يُجعل ممكنا. وهكذا كانت تحدث معالجة وإعادة صياغة "لأدوات الإمبراطورية" وكان هذا فى الغالب لفائدة السلطة الإمبريالية، أو هو هكذا على وجه التأكيد فيما يختص بوزارة المستعمرات.

هناك نقطة أخيرة يلزم إضافتها. فليس من الواضح مطلقا إن كان ما حدث من تطور له قدره فى أبحاث الطاعون فى الهند فى العقدين الأول والثانى من هذا القرن، هو المسئول بأى درجة كبيرة عن تسكين حدة الأمور بالنسبة لجموع الهنود العاديين - أى ضحايا الطاعون وأقاربهم. فعلى الرغم من الآمال المرتفعة لمعهد ليستر فى ١٩٠٩، فإن معرفة أسباب الطاعون لم تؤد إلى انخفاض سريع فى انتشار الطاعون فى الهند. وإنما أخذ الطاعون يقل فى الهند فى العشرينيات والثلاثينيات من هذا القرن، ولعل هذا فى جزء منه بسبب زيادة المعرفة بالطرائق التى يمكن للطاعون أن ينتقل بها مع

السلع التجارية. (وفيما يعرض فإن هذه المعرفة لو كانت متاحة فى ١٨٩٧، لأمكن أن تؤدى إلى أن يختلف ما دار من المداولات فى مؤتمر فينيسيا لصحة البيئة اختلافا كبيرا). على أنه يبدو من المحتمل أن الطاعون فى الهند أخذ يقل أساسا بسبب أن الجرذان والكائنات الأخرى المشابهة، قد أخذت تنسل سلالات محصنة ضد المرض. كما أن من الممكن أيضا أن تكون قد حدثت تغيرات فى الحدة الهجومية لعصوى الطاعون نفسه أو فى قدرته على تسبيب المرض. وفى النهاية فإن استخدام مادة الـ "د. د. ت"(*) للجرذان وبراغيثها، واستخدام دواء الاستربتومايسين(**) وما يماثله للضحايا من البشر، قد نتج عنهما بالفعل اختلاف فى الأحوال. ولكن هذا لم يحدث إلا فى الأربعينيات والخمسينيات. وفى أثناء ذلك الوقت كان منحنى الطاعون قد انخفض بالفعل إلى مستوى جد منخفض فى الهند. وبقدر ما يتعلق الأمر بالطاعون، فإن الهند فيما قبل الأربعينيات ظلت أساسا تحت رحمة القوى الديموجرافية الهائلة اللاشخصية، والتى يؤكد عليها - باستمرار - المؤرخون من كتاب الحوليات. والحقيقة أن الأطباء من ممارسى الطب الغربى لم يكن لديهم، لا هم ولا رجال الإدارة الرسميين، أى شئ يفعلونه بهذا الشأن إلا أقل القليل. ومما يمكن مناقشته، أنه لعله كان من الأفضل حتى الأربعينيات لو تُرك الطاعون فى الهند للأطباء الهنود من "الحكماء" و"الكهنة".

(*) د. د. ت: حروف اختصار اسم مادة كيميائية (داى كلورو داى فينيل تراى كلوروايثين) وهى فى شكل مسحوق أبيض استخدم لإبادة الحشرات كالقمل والبراغيث، ولكن له أضرار جانبية طويلة المدى.(المترجم)

(**) أحد المضادات الحيوية التى ظهرت مبكرا بعد البنسلين (أول هذه المضادات)، ويستخدم الاستربتومايسين ضد بعض الجراثيم وخاصة جراثيم السل. (المترجم).

الفصل الثامن

جائحة(*) الإنفلونزا فى روديسيا الجنوبية : أزمة مفهوم

تريس رينجر

لا تصلح جائحة الإنفلونزا فى ١٩١٨ لأن تكون موضوعا لأحد الانتصارات فى تاريخ الطب. فلم يكن هناك أى علاج فعال متاح وقتها، ومازالت فيروسات الإنفلونزا تتحدى علم الطب حتى الآن. وبالتالى، فإن مؤرخى الإمبراطورية الذين نشروا أبحاثا عن هذه الجائحة لم يناقشوا فيها التشخيص أو العلاج، وإنما ركزوا بدلا من ذلك على نتائجها الديموجرافية، أو على إحداثها للفوضى فى إدارة العمل فى المستعمرات، أو على أنها قد حفزت على إنشاء برامج للصحة العامة. وهذه كلها مسائل مهمة، على أن هذا الفصل يهدف إلى تناول مسألة أخرى لم يُنشر عنها حتى الآن إلا القليل – وهى جائحة الإنفلونزا كأزمة فى التصور الذهنى، كتحد للتفسيرات الموجودة للمرض. وهذه مسألة يتزايد اهتمام الباحثين بها.

قدم هوارد فيليب رسالة للدكتوراه أمام جامعة كيب تاون، تحوى فصلا خلابا عن "التفسيرات الشعبية والدينية" للجائحة، ويعتمد هذا الفصل على مادة وافرة من مصادر بيضاء وبعض المادة من مصادر سوداء. أما لوك ويليامز فيعمل بجامعة لاتروب على بحث مماثل عن تأثير الجائحة فى نيجيريا. على أنه يبدو من المحتمل أن هذا الفصل من كتابنا سيكون أول نقاش ينشر عن هذا الموضوع. وإذ يقتصر هذا الفصل

(*) الجائحة وباء ينتشر انتشارا واسعا وفى أكثر من بلد فى العالم. (المترجم).

على التركيز على التاريخ الثقافى للسود، فإنه يجادل بأنه قد تم فى [*]روديسيا الجنوبية الاعتماد على كل المصادر المتاحة من الطب والأيديولوجية، غريبة كانت أو محلية فى محاولة لتفسير هذه الجائحة واحتوائها. ولم يحدث أن نجح أى من ذلك فى احتوائها. على الرغم من هذا، فإن أتباع الطب والدين الغربيين هم وأتباع الطب والدين المحليين، أمكن لهم أن يقنعوا أنفسهم بأن منظومة الأفكار المختارة، لكل منهم قد نجحت فى تفسير الجائحة. ومع هذا فإنه بالنسبة لأفريقيين آخرين كثيرين كانت إخفاقات ١٩١٨ تتطلب أنواعا جديدة من التفسير والممارسة. عندما ظهرت هذه الأنواع الجديدة وتعارضت مع الأيديولوجيات المحلية والاستعمارية معا، فإنها أضفت الشرعية على نفسها بالرجوع وراء إلى جائحة ١٩١٨

عملت المؤسسات العلمية الوقورة على أن تقلل من أهمية ميلودراما جائحة ١٩١٨، أما بالنسبة لى، فإننى حتى أحقق هدفى أجدنى فى حاجة إلى أن أزيد من أهميتها. فإذا لم نستوعب جائحة الإنفلونزا على أنها أزمة، فلن نستطيع أن نفهم تأثيرها فى الأفكار. وبالتالى فإننى فى القسم الأول من هذا الفصل سأتتبع باختصار الطريقة التى انتشرت بها الإنفلونزا فى روديسيا الجنوبية فى ١٩١٨؛ حيث كان الإحساس بتأثيرها إحساسا أكثر درامية؛ وسأتتبع الطريقة التى تسرد بها قصة هذه الدراما وكيف يتم تذكرها. سأصف فى القسم الثانى من الفصل مدى ما حدث من استجابات للجائحة من (إدارة الأهالى)، ومن أطباء الحكومة، ومن أصحاب العمل ورجال الإرساليات. سوف أواصل بعدها فى القسم الثالث توضيح أن معظم الأفريقيين كانوا يعتبرون أن هذه الاستجابات الأوروبية، هى على الأسوأ استجابات إجرامية، وأنها فى أحسن الأحوال لا علاقة لها بالجائحة. بل إنه حتى من فتنوا من الأفريقيين أشد الفتنة بالطب الأوروبى أصبحوا فى أكتوبر ونوفمبر من ١٩١٨، لا يثقون بهذا الطب إلا أدنى

(*) روديسيا الجنوبية اسمها الآن بعد الاستقلال زيمبابوى. (المترجم).

الثقة. كان الأفريقيون فى الوقت نفسه يعتمدون على التكتيكات والتفسيرات المحلية بكامل مداها، فى محاولة لأن يتعاملوا بأنفسهم مع الإنفلونزا. التجأ بعضهم إلى العلاج بالأعشاب. وتحول آخرون إلى العرافين للكشف عن السحرة الذين جلبوا المرض، أو تحولوا إلى رسل الإله الأعلى الآتين بعقيدة الكهوف؛ أو إلى أنبياء الأرواح الجديدة التى أعلنت عن وصولها بواسطة الجائحة. على الرغم من شمولية الجائحة ودرجة شدتها، فإنه كان من الواضح أن هذه التفسيرات المحلية بخاصة كانت مقنعة للكثيرين. على أنه كان هناك بعض الأفريقيين الذين توصلوا إلى الإحساس بأنه لا أحد منهم ولا من أصحاب الطب الغربى، لديه الكفاءة لأن يتعامل مع الإنفلونزا. فى القسم الرابع والأخير من هذا الفصل سأجادل بأن أزمة الإنفلونزا قد أدت جزئيا إلى نشأة حركات جديدة للتفسير، كما أنها أدت إلى أن تضفى الشرعية بصورة أعظم على هذه الحركات الجديدة، التى تمنع معا استخدام الطب الغربى والتراثى.

انتشار جائحة الإنفلونزا وتأثيرها

ظهر وباء الإنفلونزا بين الأفريقيين فى روديسيا الجنوبية، حيثما كانوا يجتمعون معا ويخالطون فى نفس الوقت أفرادا مسافرين. وكانت إحدى الآليات الرئيسية فى نشر المرض فى المدينتين الكبيرتين - سالزبورى وبولا وايو - هو مكتب التصاريح الذى كان على كل السود الذين يبحثون عن عمل أن يسجلوا أنفسهم فيه، وكان بهذا مكانا ملائما لنشر المرض على نحو نموذجى. أما خارج المدن فقد تفشت الإنفلونزا تفشيا مذهلا فى مجمعات التعدين، حيث يتجمع معا المئات من عمال المناجم الأفريقيين فى بيوت متداعية، ويتغذون على حصص طعام جد هزيلة، كما كانوا فحسب مجرد أغراض يتناولها العلاج الطبى السلطوى. هناك أقاليم ليس بها مدن ولا مناجم، ظهرت الإنفلونزا فيها أولا فى المدارس الداخلية للإرساليات، أما الأقاليم التى لا يوجد فيها مدارس فقد ظهرت أولا فى المراكز القيادية للمفوضين الوطنيين(*).

هذا النمط الذى حدثت به حالات الوباء يعنى أن الأفريقيين قد ربطوا طبيعيا بين المرض وعملية إدارة الاقتصاد الاستعمارى. فى نوفمبر ١٩١٨ خططت بعض شركات التعدين لأن ترسل دوريات لجمع شتات العمال الأفريقيين الذين فروا من المجمعات المصابة بالمرض حتى يمكن للإنتاج أن يبدأ ثانية، وعندها فإن تايلور كبير المفوضين الوطنيين حذر من أن "الأهالى لديهم فكرة بأن الأوروبيين مسئولون عن إدخال المرض، وأى إشارة إلى شئون العمل فى الوقت الحالى قد يكون تأثيرها هو أن تؤدى إلى فشل هدفنا الحالى، وهو أن نهدئ من الأهالى. انتقل المرض فى النهاية إلى كل مكان تقريبا مع هروب الرجال من المدن والمجمعات.

كانت معدلات الوفاة أعلى وتأثيرها أكثر درامية فى المجتمعات التعدينية. سجل تقرير إقليم تشيليما نزى عن أكتوبر ١٩١٨ وجود ٢٠٠ حالة وفاة فى منجم فالكون وحده. "التقطت جثث ما يقرب من ١٠٠ فرد من الأهالى فى دائرة المدينة، لتنقل بالعربات التى دارت تجمعهم من بيت لآخر ومن الشوارع، ثم دفنوا فى نفس الخنادق ... وفرت مئات عديدة بعيدا عن المنجم". ترك الفارون وراءهم ذيولا من الموتى وممن يحتضرون. "يرقد موتى الأهالى على الطريق... وتم الإبلاغ عن جثث موتى كثيرة راقدة فى الولايات المركزية، وكذلك فى ولاية روديسبل". إذا كانت هذه التقارير الرسمية تبدو كالعظام العارية فإنها بعد ذلك قد اكتست بلحمها الذى أظهر كل ما فيها من رعب، وكان ذلك بواسطة آرثر شيرلى كريبس رجل الإرساليات الراديكالى الذى قام بجمع الشهادات الشفهية عن الجائحة، وذلك بعد الجائحة مباشرة. تتحدث هذه الشهادات عن "المرض الذى وفد حديثا على صبيان المناجم، وكأن أرواح الموتى – كل روح لم تجد الإحساس براحتها – قد أتت إلى مكان واحد حيث لا يتوقف غضبها أبدا". وأخذ الناس يذكرون برعب عربات الموتى والدفن الجماعى:

(*) المفوض الوطنى رجل من زعماء الأهالى تفوضه الحكومة لرئاسة إحدى مناطقهم. (المترجم)

"كان الأمر مروعا. كانوا يحضرون الموتى فى إحدى العربات، وقد برزت سيقانهم المتصلبة من تحت أغطيتهم... ثم يلقون بهم فى حفرة عظيمة. وكان بعضهم مغطى بملاءة والبعض بإزار يغطى العورة. على أنه كان هناك أيضا ولد صغير... عريان كما ولدته أمه... وفى المساء لجأنا إلى الفرار بعد أن أخذوا أخانا المريض إلى المستشفى. كنا نقول: إنه سيموت الليلة. سيموت موتسوبو. وسوف يضعونه تحت السقف الحديدى فى بيت الموتى قرب بوابة المستشفى. وغدا إذ يتم حفر حفرة أخرى، ستأتى العربة، فيأخذونه بعيدا لينام فى الحفرة حيث لا أحد لديه فراشه الخاص به، وإنما يرقد الكل معا فيزعج أحدهم الآخر، ولا ينال أى واحد منهم نصيبا من الراحة... كنا جد مرعوبين حتى أننا فررنا قبل غروب الشمس... وتابعنا المشى على السكة الحديد التى تسير عليها قطارات البخار، حتى وصلنا إلى عربة قطار قديمة خُلفت على الطريق... وعندما تسلقناها إلى داخلها رأينا ساقى رجل ميت متصلبتين تمتدان أمامنا عند الباب، وصرخنا... وألقينا بأنفسنا على الأرض".

كان من المتفق عليه عموما أن معدل وقوع المرض والوفيات أقل فى المناطق الريفية، حيث كانت الضحايا الرئيسية من النساء وصغار الأطفال. ومع ذلك فقد كتب رجال الإرساليات الذين يعملون فى المناطق الريفية تقارير فيها ما يكفى للإنذار بالخطر. وهكذا نجد أن ر. هـ. بيكر، وهو إنجيلى فى إرسالية بنهالونجا فى شرق مانبكالاند، يصف حملة أرسلت إلى محميات الأهالى المجاورة. كانت بعض بيوت الأسر لا توجد فيها حالات إنفلونزا، وكان بعضها الآخر جد قريب من البيوت الأولى، ولكنه قد عمت فيه الإصابات. فى أحد البيوت "كان كل من فيه تقريبا مصابين بالمرض... كان هناك اثنا عشر فردا أحدهم يرقد ميتا. وكان والد الأسرة سليما. وقد

ذهب ليحفر قبرا، وأخذ معه صبيا كان قد بدأ يصيبه التوعك فى التو. أما الباقون فكانوا كلهم مرضى". ومر بيكر بشاردين هاربين من المناجم، إما أنهم يرقدون فى حظائر بنيت لهم بعيدا عن بيوت الأسر أو أنهم يرقدون موتى "بجانب الطريق". ويوضح بيكر الطريقة التى يمكن بها للمرض أن يضرب ضربته فى مفاجأة رهيبة، وذلك بأن يروى "قصة مؤسية جدا" عن أم ذهبت لتأخذ أولادها المرضى من المدرسة، وبينما هم فى طريقهم للبيت "وهم يسيرون من خلال ممر بين جبلين... إذ بهم يهوون أمواتا على جانب الطريق".

كان المرض الذى يبدأ فجأة، والأجساد التى تترك راقدة بلا دفن، وما كان من مصير أفراد أسر بأكملها - كان هذا كله يترك آثاره فى خيال الريفيين. وقد اكتشفت فى ١٩٨١ وأنا أجرى بحثا ميدانيا فى إقليم ماكونى الذى يقع عند حوالى ثلثى الطريق بين هرارى وميوتار، أن قبيلة بفيكيروا التى تزعم أنها تنحدر من ندافونيا زعيم ماكونى زمن الجائحة، مازالت تطلق على مكان إقامتها (نيا هوناى) "موطن الدود"، لأن أفرادا كثيرين جدا قد ماتوا هناك من الإنفلونزا فى ١٩١٨ وقد أحصى المفوض الوطنى لماكونى أن ٣ فى المائة من السكان الأفريقيين فى إقليمه ماتوا من الإنفلونزا فى ١٩١٨ أما الإرساليات الإنجيلية فى ماكونى فتعتقد أنهم ١٠ فى المائة. وفى ماتابليلاند كان معدل الوفيات فى المناجم كما تسجله تقارير الإقليم يختلف ما بين ١٥ فى المائة و ٦ فى المائة، وكان فى المناطق الريفية يتراوح من ١ فى المائة إلى ٦. ٣ فى المائة. ويكاد يكون من المؤكد أن هذه التقديرات عن الريف كانت منخفضة أكثر من اللازم، حيث إن الكثير جدا من حالات وفيات الأطفال كانت لا تسجل ولا تلاحظ، أما الأطفال الذين ولدوا أثناء الوباء ونجوا منه بالفعل فكان لهم أن يلقبوا باسم "الإنفلونزا" ليحملوه لما بقى من حياتهم. فى نفس أكتوبر من ١٩١٨ قفزت للوجود أسماء محلية عديدة للمرض، كل واحد منها يقصد به أن يغلف من هويته الرهيبة. فى المنطقة الوسطى من ماتابليلاند، حيث لسكانها قدرة معروفة على إطلاق الأسماء، فإنهم أطلقوا على المرض اسم "ماليبوزوى" (دع التساؤلات بهذا الشأن)، أى أنه اسم يطرح على

نحو يثير السخرية أنه ما دام الجميع قد تشابهوا فى أنهم غلبوا على أمرهم، فإنه لا يمكن أن تجرى أى تساؤلات بشأن الصحة فى جو ودى متبادل.

الاستجابات الأوروبية للجائحة

كانت ردود فعل الأوروبيين لنشوب وباء الإنفلونزا بين الأفريقيين ردود فعل متباينة فكانت الاستجابة الرئيسية فى المدن هى الخوف من العدوى. يكتب ستيفن ثرونتون المؤرخ الاجتماعى الرئيسى لبولا وايو قائلا: "سبب وباء الإنفلونزا ١٩١٨ للسكان الأوروبيين من الرعب مثلما سببه نشوب الثورة منذ عشرين عاما خلت". وأدى هذا الرعب على المدى الطويل إلى صدور توصيات عن الصحة العامة من لجنة شكلت للإنفلونزا. أما على المدى القصير فإنه أدى إلى محاولة صارمة لعزل الأفريقيين المرضى فى محجر صحى فى بولاوايو. كان الأفريقيون يفزعون من هذا الاحتجاز. وقد أدين هذا المحجر فى ١٩١٤ على أنه مجرد "حظيرة، لا تناسب مطلقا علاج المرضى". كان المرضى الأفريقيون يفعلون كل ما يستطيعونه ليتفادوا إرسالهم إلى هناك. فى أكتوبر ١٩١٨ يكتب جيبسون تاواكو من رابطة البانتو الروديسية الشمالية، ليشكو إلى كاتب مدينة بولاوايو من أن الأفريقيين لا يقدم لهم أى عون سوى هذا العزل الكريه: "إننا نشعر بأنه ينبغى بذل المزيد من العون. لقد رأينا صبيانا يجلسون بجوار الكنيسة المشيخية(*)، وسألناهم لماذا يجلسون هناك، وكانت إجابتهم إنهم مرضى ويخافون البقاء فى موضعهم، وإلا فسوف يرسلونهم إلى المحجر الصحى. ومع ذلك فإن حوالى ٨٠٠ مريض قد "نقلوا إلى المحجر لعلاجهم" بواسطة طبيب للصحة لم يكن لديه من الوقت إلا ما يكفى فحسب لأن يسجل أن الأفريقيين لديهم "نفور غريزى" من هذه

(*) الكنيسة المشيخية: نوع من الكنائس البروتستانتية حيث يدير شؤون الكنيسة شيوخ منتخبون تتساوى منزلتهم. (المترجم)

المنشأة، وبعدها سقط الطبيب نفسه مريضا ومعه كل موظفى البلدية الأفريقيين الذين كان من المفترض أن يحرسوا المكان. انتهز المرضى والمحتضرون الفرصة التى سنحت لهم وأخذوا يهربون من الاحتجاز - "وهرب عدد كبير من الأهالى المرضى من المحجر الصحى، ونشروا المرض لمسافات بعيدة انتشارا واسعا". ونشروا معهم فى هربهم السمعة السيئة للمحجر الصحى فى بولاوايو. بلغ من ذلك أنه حتى يقر الناس بمرضهم، كان على الموظفين الإداريين والأطباء الذين يزورون بيوت الأسر فى المناطق الريفية فى ماتابليلاند أن يهدئوا من مخاوف الناس من أن "يؤخذوا إلى بولا وايو للعلاج فى المستشفى". تكرر نفس النمط فى ماشونا لاند ومانسيا لاند، حيث فر المرضى الأفريقيون من الحجر الصحى فى سالزبورى وأومتالى. أما فى إقليم ماكونى، بين سالزبورى وأومتالى، فإن الحالات الأولى من الإنفلونزا فى الريف "قد أبقاها الأهالى سرا مكتوما فى أول الأمر بحيث استحال تعيين مكانها. ويبدو أن هذه السرية كانت بسبب خوفهم من نقلهم إلى المحاجر الصحية التى كان يُروى عنها أشنع الحكايات".

لم يعد للأفريقيين أى ثقة "بالمستشفيات" فى مجمعات التعدين. ولم تنجح تقريبا أى محاولات لعزل المرضى. وكان النجاح الوحيد فى ذلك فى منجم ألمانى فى بلينجوى. وهذا النجاح نفسه يعد مثلا كلاسيكيا للسلطوية. فقد حدث هناك أن تم الحجر صحيا على كل السكان الأفريقيين الذين يبلغ عددهم ٢٠٠ فرد - عمال وخدم ونساء وأطفال - كلهم حجر عليهم صحيا بالكامل فى المجمع، قبل أن يصل إليهم المرض. وأمر المفوض الوطنى "صبيان" الشرطة والرؤساء "الصبيان" فى المنجم بأن يمنعوا أى انتقالات للداخل أو الخارج. "وسألونى ما الذى لديهم من سلطة لفرض تنفيذ هذا الأمر، وأشرت عليهم أنهم ينبغى أن يستخدموا هراواتهم على نحو معتدل".

كان الأوروبيون فى المناطق الريفية أقل انشغالا بالعدوى أو بفرض طاعتهم قسرا. وكانت "إدارة الأهالى" تخشى فى أول الأمر أن تنتشر القلاقل، ثم أصبحت تخشى انهيار النشاط الزراعى. على أنه حدث تدريجيا أن أخذت تتردد فى الأسماع

نغمة إنسانية، خاصة عندما أخذت محطات ومدارس الإرساليات تتعافى من جرعة الإنفلونزا المبكرة التى أصابتها، وبدأت ترسل فرقا من "خيار" من تحولوا للمسيحية ليساعدوا المرضى فى المجتمعات السكانية. كان بعض رجال الإرساليات من المتفائلين يعتقدون أن هذه الجائحة هى فرصة إلهية حتى يكسبوا الأفريقيين فى صفهم بمعاملتهم بشفقة وحب فعالين، وحتى يعوضوا فى الريف ما مر بهم فى المدن من خبرة أضرت بهم. ولعل الأمر كان سيصبح هكذا لو أن البيض كانوا يمتلكون علاجا فعالا. إلا أنه كان من الواضح أن الأدوية التى أخذ رجال الإدارة وأصحاب العمل ورجال الإرساليات يعطون جرعاتها للأفريقيين كانت إلى حد ما تعطى حسب مزاجهم الخاص. ففى إنيانجا وجد المفوض الوطنى أن "الكينين وأملاح أبسوم فعالة جدا". واتبعت فى ميلسيتر سياسة التطعيم الجماعى، وفى بيلنجوى يصف المفوض الوطنى كيف أنه استخدم مع فتاة مريضة "زيت الخروع ولصقة الخردل وبعدها مشروب البراندى ومزيج الالتهاب الرئوى. وقد أدى ذلك إلى نتائج رائعة ". أما فى هارتل ى، فإن المفوض الوطنى سار على مثال مالك منجم شيردز ريف، وأعطى لأكبر عدد ممكن من الأفريقيين جرعات من زيت البارافين والسكر. واستخدم مستر إدجار، أحد المزارعين فى شامفا كهفا فى أرضه كمستشفى حجر صحى لعماله من الأفريقيين. وكان كل رجل يعطَى يوميا جرعة واحدة من زيت بارافين المصابيح وجرعة واحدة من الشراب "(براندى) ويغذى بحساء جيد". أما الأب ر. هـ. بيكر فى بنهالونجا فكان يوزع الإمداد الحكومى من "مزيج الالتهاب الرئوى والبراندى والخردل"، وهو يكتب عن مجهودات الإرسالية فى ممارسة هواية الطب بلهجة فيها بعض الشناعة:

> **"كان (التلاميذ) يستمتعون حقا بعملهم فى صنع لصقات الخردل. وكانت ثمة فكاهة عظيمة أخرى هى قياس درجات حرارة النساء المسنات ممن لم يسبق لهن قط رؤية ترمومتر طبى... أما أكثر الأمور إثارة للبهجة فهى إعطاء الأطفال جرعة من زيت الخروع".**

كان بعض البيض قد فاخروا فى أول الأمر بأن أدويتهم كانت ناجحة، ولكنهم فى النهاية أدركوا كلهم تقريبا، أن الأفريقيين يعتقدون أن البيض قد فشلوا فى ذلك كل الفشل. ولاحظ العديدون من المفوضين الوطنيين أنه حيثما يكون العلاج الأوروبى متاحا على أوسع نطاق - فى المدن والمناجم - فإن معدل الوفيات يكون أعلى كثيرا مما فى المناطق الريفية البعيدة التى لايتاح فيها هذا العلاج. ويسجل المفوض الوطنى فى تشيبى أن "الأهالى كانوا أحيانا غير مبالين بأخذ الأدوية، وخاصة فى المنطقة الجنوبية من الإقليم، حيث كانت تروج فكرة بأن ارتفاع معدلات الوفيات فى المناجم فى الجزء الشمالى من الإقليم يرجع، فى جزء منه، إلى أن الأهالى يتناولون الدواء". أما فى ماكونى "فقد فضل الأهالى المرض على الأدوية". وفى مريوا كان الكثيرون منهم عندما يسمعون أن أحدا على وشك أن يعطيهم دواء فإنهم يفرون ويختبئون... وكانوا قد سمعوا من الأهالى الذين فروا من سالزبورى بما كان يحدث هناك، فكانوا يخافون من أن يتخذ عندهم نفس النظام". كذلك لم يكسب أطباء الحكومة ثقة الناس فى المناطق الريفية. فهناك كراهية فطرية ملحوظة تجاه رجل الطب، كما يكتب المفوض الوطنى فى لوما جوندى: "من المطلوب أن نتعامل بشفقة وتعاطف مع الفرد من الأهالى مثلما نفعل مع الأوروبى. وسيكون من المفيد أبلغ الفائدة أن يتعلم رجل الطب شيئا من اللغة المحلية". هكذا فإن خبرة ١٩١٨ لم تحول أيا من الأهالى إلى عقيدة الطب الغربى. والحقيقة أنه كان مما يثير الأسى فى ماتابيلاند أنه حيثما استقر الأطباء الأوروبيون والعيادات الأوروبية، كان يحدث أن الأفريقيين هناك "يفقدون الكثير من ثقتهم فى فعالية الطب الأوروبى".

كذلك فإن الجائحة لم تجلب إلى الإرساليات المسيحية إلا عددا قليلا من المتحولين إلى مسيحيتها، وإذ يلاحظ أيثريدج رئيس الشمامسة ما يحدث من إغلاق المدارس وتقلص نذور الكنيسة، فهو مع ذلك يحاول أن يرى الجانب المضئ من الأمر: فمن المؤكد أن ما يبديه الأوروبيون للأفريقيين من "قدر هائل من الشفقة لابد أنه سيكون له تأثيره الطيب فى أن يشد العرقين معا" وبالإضافة إلى ذلك، فإنه إذا كان "رجال الإرساليات

كثيرا ما يلاقون فى عملهم قدرا ما من عدم الشعبية، إلا أننى لم أسمع قط خلال تسعة عشر عاما من العمل تقديرا لعمل رجال الإرساليات، مثل هذا التقدير الجم جدا الذى سمعته خلال الشهرين الماضيين". إلا أن معظم هذا التقدير الجدير إنما كان من الأوروبيين الآخرين.

وربما كان من أطيب الأمور للإرسالية المنهجية(*) الأمريكية أن تستنتج من الجائحة أن ما يحتاج إليه الأمر هو جهد طبى مكثف من الإرسالية:

> **"لم يكن هناك تقريبا ما يوقف المرض بين الناس. إن الجهل والخرافة يمشيان معا على الأرض وفى أعقابهما تسقط الأجداث ميتة... إننا نحتاج على الأقل إلى أربعة مستشفيات جيدة وستة عشر مستوصفا. وهى ضرورية حتى تحتل المسيحية هذه الأرض... فهى برهان على قيمة المسيحية ونعمها".**

إلا أن الكنيسة الأسقفية المنهجية الأمريكية (كاما) كانت توزع نفس "الأدوية" الفجة المحضرة وبنفس النتائج السلبية. وربما هاجم المنهجيون الأمريكيون أفراد الكاثوليكيين الرومان "لموقفهم المنتمى للعصور الوسطى"، ولأنهم يُحلون مكان السحر التراثى "نوعا جديدا من سحر يتشربه (الأفريقى) باسم الإله الحى"، ولكن حتى الكاثوليك لم يكن لديهم من الطقوس ما فيه إجابة عن الإنفلونزا. وباختصار فإن كنائس الإرساليات فشلت من الناحية العلمية والروحية معا، فى أن تجابه تحدى الجائحة. الحقيقة أن الذكريات الأفريقية عن هذه الفترة، والتى تحفظها الآن محفوظات الكنيسة المنهجية الأمريكية، تكشف عن الطريقة السيئة التى تأسست عليها ثقة هذه الإرساليات بنفسها. وهكذا فإن جاكسون موندريك روجايو أحد الآباء الأفريقيين

(*) الحركة المنهجية هى حركة دينية إصلاحية، قامت فى الأصل فى القرن الثامن عشر من أجل إصلاح كنيسة إنجلترا. (المترجم).

المؤسسين للمنهجية، يذكر آخر شهور من ١٩١٨ فى لغة أساسها ما كان يوجد من انعدام الإيمان والشعور بالأخوة عند البيض. وكان روجايو يعمل وقتها كصبى للمطبخ فى إرسالية أومتالى القديمة، حيث كان القس الموقر جيمس يفرض وجود معزل صحى صارم للحماين من المرض:

"لو أن زائرًا دخل الدار مباشرة بسبب جهله بطريقة العمل فيها وفاجأه سيدنا (القاسى) فيها، فإن هذا الدخيل (يلقى به) فى الخارج وقد أصابه كل ذلك الرعب الذى يصاحب رؤية غول له سبعة رؤوس. ولكن الغول أصبح فى الحقيقة جراثيم الإنفلونزا. وثمة مشهد يتذكره جاكسون فى صورة حيوية، وفيه يدير مستر جيمس الاجتماع وقد جلس وحده تماما على بعد حوالى عشر ياردات من سائر أفراد المجموعة الذين جلسوا وهم يستمعون بانتباه إلى الرئيس الذى يرى أن الاهتمام بالحصانة من المرض يعلو فوق أى اعتبار آخر. ومما له مغزاه تماما أن الدعوى الوحيدة التى صادفتُها ويوجد فيها زعم بنصر حاسم للإرساليات أثناء الجائحة، قد أتت فى سياق تراث جد مختلف للإرساليات، كان عامل المناجم ريز هاويلز أحد المبرزين فى الجماعة الويلزية لإحياء العنصرة(*)، وقد انضم إلى الإرسالية العامة لجنوب أفريقيا فى روسيتو بشرق مانيكا لاند. وكان هاويلز يعمل لإحياء العنصرة أيضا فى مانيكا لاند، ولكنه كان يلقى المقاومة، وخاصة من الذكور المسنين، الذين كانوا ملتزمين بما هم عليه من عرف، كدفع المهر للعروس(**):

"إن لله طريقه الذى لا نتوقعه أبدا. ففى زمن وباء الإنفلونزا العظيم... ذكّر الرب المستر هاويلز كيف كان الأمر عندما حدث فى شفاعته للمرضى فى قريته بالوطن

(*) العنصرة حلول الروح القدس على حواري المسيح بعد رفعه للسماء، وهذه المناسبة تعد عيدا مسيحيا. وأنصار إحياء العنصرة أصوليون مسيحيون يؤكدون على نشاط الروح القدس وعلى قدسية الحياة ويعبرون عن مشاعرهم الدينية بلا قيود. (المترجم)

(**) يعتبر الأوروبيون أن دفع المهر للعروس هو إحدى عادات الشعوب البدائية الوثنية. (المترجم)

(ويلز) أن اقتيد إلى أن يتحدى الموت مرات عديدة. هل يستطيع أن يتحدى المرض ثانية هنا وهو بهذا الانتشار الأوسع كثيرا؟"

على نحو نمطى أصاب المرض أولا أفراد محطة الإرسالية نفسها وإن لم يمت فيها أحد. فى هذا الوقت قال الوثنيون إن هذه لعنة من أرواح الأجداد، بسبب المسيحيين الذين انتهكوا عرف اللوبولا (دفع مهر للعروس). ولكن:

"سرعان ما وصل المرض أيضا إلى القرى، وأخذ الكثيرون يموتون. وفى خلال يومين أو ثلاثة أتى وفد من عند الزعيم، وسألوا هل عندكم أى وفيات؟ وأجاب مستر هاويلز: "لا، لديكم أنتم أى وفيات؟، فقالوا، نعم، كثيرون، ولكن ألا يستطيع الساحر الطبيب أن يفعل شيئا ليساعدهم؟ واها، لقد كان اثنان منهم بين أول من خروا صرعى، ولكن ماذا عن أرواح أجدادكم؟ وأجابوا، إن آباءنا لم يصابوا قط بهذا المرض، وبالتالى فإن أرواحهم لا تستطيع التعامل معه. ويعاود مستر هاويلز القول: الأمر إذن هكذا، فشل السحرة الأطباء وفشلت أرواح الأجداد، إلا أن إلهنا لم يفشل، فسألوهم: أفلن يموت إذن أى واحد من الناس عندكم؟ وأخبرت روح القدس خادمها أن يقول: أخبرهم أن أحدا لايمكن أن يموت فى المحطة، وبالتالى فقد أجابهم قائلا: لا! لن يموت أى أحد فى محطة الإرسالية".

وتبع ذلك عدة أيام سادها التوتر. دعا هاويلز كل الناس إلى الإرسالية، واعدا إياهم أيضا بالحصانة من المرض، بشرط أن يقروا علنا بأن "إلهنا هو الإله الحى، وأنه هو الذى يستطيع أن يقدم العون حيث فشل السحرة الأطباء وأرواح الأجداد! وبالتالى، أخذ يحتشد فى الإرسالية موكب من أناس يتعصبون للكتاب المقدس. وهكذا وجد هاويلز أن (الروح القدس) أقوى من الإنفلونزا. وإذا كنا نعيش مع الله فأى أهمية للوباء!

ينبغى ملاحظة أن هاويلز لم يعتمد على (الروح) وحدها كما فعلت الكنائس الأفريقية فى وقت لاحق. وإنما استفاد هاويلز مما لديه من مهارات طبية.

"فالرب قد أرشدنى لطريقة أداء الأمور. فانبأنى بأن أحول الكنيسة إلى مستشفى، وأن أشعل النيران فى الليل حتى تظل درجة الحرارة متساوية. ولولا أنى حصلت على ذلك التدريب الطبى لفترة من خمسة عشر شهرا، لكان ينبغى أن أغرق فى حيرتى: على أنه ما من حاجة لارتكاب أى خطأ". وعلى كل، فإن خبرة روسيتو أثناء الجائحة كان فيها نذير له مغزاه بنهضة كنائس الروح الأفريقية.

التفسيرات الأفريقية للجائحة

حينما أخذت أفكر أول الأمر فى هذا الموضوع افترضت أن جائحة الإنفلونزا بما هى عليه من جدتها ومداها، قد جعلت من شبه المستحيل على الأفريقيين أن يفهموها بلغة من تراثهم. وكما قال المسنون لهاويلز: "إن آباءنا لم يصابوا قط بهذا المرض، وبالتالى فإن أرواحهم لا تستطيع التعامل معه". وجدت فى أول ما قرأته عن الموضوع ما أكد لى هذا الرأى. وكان ذلك فيما ورد فى السيرة النفسية وغير العادية التى كتبها وولف ساكز عن جون شافا فامبيرا، وهو مهاجر وعراف من مانيكا لاند، واسم الكتاب "الغضب الأسود". ويذكر لنا ساكز فى جزء مبكر من الكتاب ما يسرده بطله عن الجائحة فى شرق مانيكا لاند:

> **"حل على الأرض وباء رهيب. وغزا المرض القرية تلو القرية. وأخذ الناس يموتون كالذباب، ودفنت جثثهم بسرعة خارج القرية. وتساوى فى ذلك المسيحيون والوثنيون. لم يكن ثمة وقت لأى طقوس... (وما من أحد من أفراد النجانجا (المعالجين التقليديين) كان يستطيع أن يفعل شيئا. وقال أفراد النجانجا للناس إن المرض أتى من القوم البيض. فالمرض لم يرسله**

المديزيمو، (أى الأجـــداد) ولا مـــوارى (أى الإله الأعلى) وإنما أرسله الناس البيض. لقد مات عدد كبير فى الحرب الكبرى بين الناس البـيض وبلغ من كـثـرتهم أن تسـبب دم الموتى فى هذا المرض الهائل".

على أن هذا الرأى يبخس من تقدير المرونة التى يتصف بها ما وجد من المقولات التفسيرية. وكما أمكن للكثيرين من البيض أن يقنعوا أنفسهم بأن أدويتهم المحضرة الفجة أدوية فعالة، فقد أمكن بمثل ذلك للكثيرين من الأفريقيين أن يقنعوا أنفسهم بأن الجائحة يمكن فهمها والتحكم فيها بوسائل من التراث. وعلى كل، فمهما كانت الجائحة مهلكة إلا أن عمرها كان جد قصير، وانتهى أمرها فى مجرد شهرين. ومن السهل تماما أن يُرجع الفضل فى دفع المرض إلى أحد العوامل أو الآخر.

أحيانا كان ما يُعتقد هو أن الأفريقيين قد أنقذوا أنفسهم عن طريق الالتجاء إلى أدويتهم الخاصة الأكثر فعالية. وهكذا فإن ثمة لقاء قد جرى مع العجوز "سرجنت ماسوتشا ندلوفر المؤرخ الشفاهى للمحفوظات القومية، ورجل النقابات الراديكى والسياسى القومى الذى يرقد الآن مدفونا فى أرض الأبطال فى هرارى، وفى هذا اللقاء عاد ندلفو بذاكرته إلى أيامه كعامل مهاجر فى منجم كيلارنى فى إقليم فيلا بوسى. أتت الإنفلونزا إلى المنجم فى أكتوبر ١٩١٨ "وكان الناس يصيبهم الصداع والسعال ثم يموتون. غادرت كيلارنى بسبب ذلك. وكان ما أنقذنى أننى عندما وصلت بلدى (فورت ريكسون)، كان الناس قد اكتشفوا عشبا معينا يسمى أوخاليميلا، يشفى من المرض. وكان هذا هو ما أنقذنا من الموت".

حاول أخرون التعامل مع الإنفلونزا بأسلوب الإيمان بالسحر. فالجائحة ربما تكون قد أصابت الناس من كل الأعراق فى كل العالم، ولكن نسبة وقوعها فى الريف الروديسى كانت تتفاوت بشدة، حيث بادت بعض الأسر بأكملها، فى حين أن غيرها مما تجاورها لم تصب بشئ. يسجل المفوض الوطنى لتشيبى أن الأفريقيين المحليين كانوا يعتقدون أن "هناك وفيات كثيرة قد سببتها وسائل غير طبيعية خاصة فى

العائلات التى فقدت العديد من أفرادها، بينما هناك آخرون يعيشون فى القرية ولم يفقدوا إلا القلة أو لم يفقدوا أحدا على الإطلاق". فى أوائل ١٩١٩ كانت محاكم المفوضين الوطنيين فى كل أرجاء القطر مليئة بقضايا السحر. وقد درستُ القضايا التى فى إقليم ماكونى، وتوضح إحداها على نحو يثير الإعجاب كيف تتعايش معا الأفكار المختلفة عن انتقال المرض والعدوى، والطريقة التى يمكن بها أن تفسر وفاة أحد الأفراد بلغة من خصومات لها وجودها من قبل. وكانت هذه القضية عن حالة وفاة ابن لزعيم غير محبوب، هو موجنجا. كان موجنجا فى جولة لجمع الضرائب فى أكتوبر ١٩١٨ وهو ينتقل من قرية للأخرى. ومر بقرية تشيكوندو، حيث كان فيها أناس مرضى بالإنفلونزا، ثم وصل إلى قرية نياتزانزا حيث لم يكن فيها أى مريض. ووجد هناك حفلا أقيم لشرب الجعة، خُطط القيام به لحشد العمال للتطهير والزراعة، لم يكن وصول موجنجا إلى حفل الجعة أمرا محببا للناس - "وانتاب بعض الحضور شئ من الغيظ. وسألوه عن سبب تنقله فيما حوله فى هذا الوقت وعما إذا كان يود أن ينقل العدوى فى كل مكان" وغضب آخرون لأنه رفض أن يعمل مقابل الجعة. "فعلى الكل أن يشربوا من نفس المغرفة". وحين أعقب ذلك أن سقط موجنجا مريضا ومات فإنه أخبر أسرته قبلها "إنه يعرف أن الجعة قد قتلته"، وأنه قد تسمم من جراء كراهية تشاكاتيدا الذى كان ينظم حفل الجعة. وبالتالى، فقد اتهموا تشاكاتيدا بأنه ساحر، وذلك بأن ألقوا رمادا عند بابه. أصر تشاكاتيدا من جانبه على أن موت موجنجا كان نتيجة للإنفلونزا - ودار نقاش كثير فى جلسة المحاكمة التى أعقبت ذلك، بشأن ما إذا كانت الأعراض التى ظهرت أعراض إنفلونزا أو أعراضا لقوى السحر.

تبين هذه الحالة هى وحالات أخرى كثيرة مدى ما يوجد من التباس فى تفسير السحر. ومع ذلك فإنه فى أعقاب الجائحة كانت هناك مطالبات من الزعماء والشيوخ الأفريقيين، لعودة تنفيذ إجراءات البحث عن السحرة ومحاكمتهم. وطالبت مجموعة من الزعماء فى إقليم هارتلى بأنه "ينبغى على الحكومة أن تسمح للأهالى باستخدام أطبائهم الخاصين بهم، بهدف اكتشاف مرتكبى الشر الموجودين بينهم والمسئولين عن

المرض... الذى يزداد انتشارا بين الناس ". وأكدوا للمفوض الوطنى أن أحدا لن يُقتل. "فى الأيام السالفة... لم نقتل كل من تم كشف أمرهم، وإنما طردناهم إلى جبل دوميوشاوا، وتركناهم هناك ليطبقوا فنونهم الشريرة أحدهم على الآخر".

إلا أن فكرة "العزل الأخلاقى" هذه لم تكن مطلقا هى الاستجابة التراثية الميتافيزيقية الوحيدة للجائحة. فقد كانت المناطق الغربية والجنوبية من روديسيا مشهورة بسيادة عقيدة التكهن بالغيب عند (الإله الأعلى) مليمو أوموارى، الذى يبعث رسله من الهياكل فى الكهوف. وتؤكد هذه العقيدة سيطرتها على الأرض واستخدامها. وكثيرا ما كان الناس يلجأون إلى هذه العقيدة لحمايتهم ضد الجراد أو أمراض الحيوانات. وكثيرا ما كانت هذه المصائب تفسر أيضا من ثقات مراجع العقيدة، على أن سببها هو ما سبق من إهمال مراعاة الملاحظات التى أبداها (الإله الأعلى). كانت الأوامر تصدر فى هذه الأحوال بتقديم الأضحيات والقرابين إلى مليمو أو موراى، وأن يراعى المؤمنون بالعقيدة اتباع وصايا معينة أو الامتناع عن محظورات معينة من التابو. تكرر فى أكتوير ١٩١٨ نفس هذا النمط من النصح بالوصايا ومراعاة ما يفرض من "قيود". استغل رجال الإله مليمو أو موراى فرصة الوباء فطلبوا من الناس استرضاء روح مليمو بالماعز السوداء، وذلك كما كتب المفوض الوطنى لتشيبى. "وأخذ الأهالى يقتلون الماعز لاسترضاء الإله موراى وأصبح من التقاليد ارتداء قلادة من بذور اليقطين حول العنق، وقد خيطت بحشائش (نوكوى) كإجراء للوقاية. من الواضح أن المرض إذ توقف سريعا فإن ذلك قد أكد الإيمان بفعالية حماية موراى المزيفة. فى ١٩١٩ حدث ما أسماه دكتور أ. ب. ماكامب بأنه "اندلاع لحماس دينى تراثى"، تم التعبير عنه فى "احتفالات شكر واسعة النطاق". كتب تايلور كبير المفوضين الوطنيين عن هذه الاحتفالات فى منطقة فورت فيكتوريا، "أنها لإرادة مليمو أن الناس ينبغى أن يظهروا امتنانهم لخلاصهم من كارثة الإنفلونزا، وذلك بأن ينغمسوا فى طقوس جامحة من العربدة باحتساء الجعة".

كان المهاجرون الآتون من شمال روديسيا ومن نياسا لاند وموزمبيق يشكلون الأغلبية العظمى من عمال المناجم - وقد فر الكثيرون منهم إلى الريف فى أكتوبر ١٩١٨ - وهؤلاء كان من الصعب عليهم أن يفهموا الجائحة بلغة من هذه العقيدة المحلية للأهالي. وبدلا من ذلك كان الأسلوب الدينى التراثى الراسخ عندهم والمناسب لهم هو عقيدة أن الوباء يُعزى لأرواح غير اجتماعية. وقد انطلقت هذه العقيدة فى أكتوبر ١٩١٨ فيما حول مركز سلوكوى للتعدين:

"يرجع الأهالى المرض لسببين: الأوروبيين، والروح الأجنبية جوكوو. والذين يتخذون الرأى الأول يرفضون عادة تقبل العون من الأوروبيين. وبينما انتقل الآخرون بكل ما يمتلكونه إلى الغابة، فإنهم أخذوا يصنعون ويشربون كميات كبيرة من الجعة، ويرتدون مناديل ملونة، وكل هذا لاسترضاء جوكوو... وكان مما يقال إن من يرتكبون الخطايا (مثل مواقعة زوجة الجار والسحر... الخ)، إن لم يعترفوا علنا بفعلتهم، فإنهم لن يشفوا قط.

يمكننا إذن أن نرى أن الكثير مما كان راسخا من الأفكار والممارسات الأفريقية قد ثبت أن له القدرة على الاستجابة للجائحة. ومع ذلك فإن الإحساس بعدم معقولية هذه الأساليب المحلية بالنسبة لشمولية الإنفلونزا كان بلا ريب أمرا موجودا "بالفعل" عند الكثيرين من الأفريقيين، وزاد من شدته ما أعقب ذلك من عودة نوبات عنيفة من الإنفلونزا فى السنين التالية. وهكذا أحس هؤلاء الأفريقيون بأنه لابد من انتشار أسلوب روحى جديد، يفوق وينبذ الطبين الغربى والتراثى معا هما والعوامل الكونية للإصابة بالمرض.

نشأة الكنائس الروحية الأفريقية

سبق أن استشهدت أعلاه بكتاب أرثر شيرلى كريبس "كلهم أفريقيون" لتوضيح الذعر الميلودرامى من الجائحة فى مجمعات التعدين. وهناك مشهد فى رواية كريبس الصغيرة هو بمنزلة الخلفية لقصته الحقيقية التى تهتم بنشأة مذهب الشفاء بالمسيحية. بطل هذا المشهد هو النبى موفامبى، الذى أتاه التكليف بشفاء المرضى وسط الجائحة. ويذهب موفامبى إلى المنجم حيث كان أخوه يحتضر: "وفى الصباح الذى تلا وصولى إلى أخى أذكر أنى نهضت من نومى قبل أن تطلع الشمس مباشرة، ووقفت بين الأكواخ وأحياء المساكن حيث كان يرقد الكثيرون من المرضى كما يرقد أيضا الكثيرون من الموتى. وفجأة أتت ريح تهب على واستنشقت رائحة الموت". ويفشل موفامبى فى إنقاذ أخيه، وأصبح عليه أن يسلمه إلى عربة نقل الموتى. فى هذه اللحظة من اليأس يلتقى بتلميذين من مدرسة الإرسالية يخبرانه "عن المسيح الذى يجوب الأرض ليطرد الشياطين من قلوب الرجال... وكيف أنه أرسل روحه الودود هو نفسه ليستحوذ علينا، حتى إن كانت هناك أرواح معادية تستحوذ على الناس". وإذ ينفعل موفامبى بهذا الإلهام فإنه يفتح نفسه للروح القدس ويصبح نبيا ومعلما وشافيا. ويعظ قائلا: "إن يسوع ظل يجوب أفريقيا يوما بيوم وليلة بليلة، ذلك أن روحه التى كان اسمها (مونيا رادزي) أو (المعزى) قد امتلكت الأفريقيين".

كريبس عندما كتب ذلك كان وكأنه هو نفسه متنبئا أكثر من أن يكون موصفا، ذلك أن الكنائس الروحية الأفريقية لم تكن قد نشأت بعد فى روديسيا الجنوبية. ومع ذلك فإن استيعابه لوجود ارتباط بين الجائحة والإلهام بالعنصرة كان استيعابا صحيحا. وكان هذا النوع من الربط أمرا يحدث فى كل أفريقيا. وقد بين جون بيل أن كنائس ألادورا فى نيجيريا نشأت عن "الذكريات التى لا تمحى" عن الجائحة التى خلفت ٢٥٠ ألف حالة وفاة فى جنوب نيجيريا، وجعلت من لاجوس "مدينة حقيقية للأموات". كما أوضح بينجت سوند كلر كيف أن الزولو الصهيونيين اعتبروا أن الجائحة "علامة رهيبة على ما حان من قدر مشئوم... حدث كونى هائل"، وكيف أن

الشفاء من الإنفلونزا كان يفسر على أن فيه نبوءة بالهلاك ثم إعادة الميلاد. فى وسط الجائحة التى كانت فى زائير السفلى "وبينما الآلاف من الناس يموتون دون إسعاف طبى" تلقى سيمون كيمبانجو أول نداء له بالنبوة، صوت يقول "إنى أنا المسيح، وقد اخترتك". حتى الآن، تتذكر الكنيسة الكيمبانجوية ما حدث فى ١٩١٨، "فى الكونغو كله لم تبق قرية واحدة ولا بيت واحد بلا جدث ميت. لو ظل الوباء باقيا بعدها زمنا قليلا لاختفى تماما كل العرق الأسود"، وأتى المنقذ كيمبانجو. ويصف النيجيريون من أتباع إخوان الصليب والنجم عام ١٩١٨ على أنه "العام الذى وفدت فيه الروح القدس إلى العالم".

هذا وقد نشأت الكنائس الروحية فى روديسيا الجنوبية كنتيجة لسلسلة ترابطات مماثلة للأفكار وزعمت لنفسها أصولا مماثلة. أحدثت الجائحة انطباعات فى الخيال المسيحى عند الزيمبابويين بكل الصنوف والسبل. فكان هناك مثلا باتريك كويشا، وهو صوفى كاثوليكى فى مانيكا كان يطمح إلى أن يؤسس نظام إرساليته السوداء الخاصة فى نطاق من داخل الكنيسة، وكان يعتبر أن إنفلونزا عام ١٩١٨ إنما هى تأديب مبارك من الله: "ومنذ ذلك الحين وما بعدها لم أصبح أبدا فى صحة جيدة. وأخذ المرض يتزايد ويتزايد حتى كاد يقضى على، "على أنى سعيد بأن أقول حمدا لله، لأننى بعد أن أصابنى المرض أصبت نعما كثيرة عظيمة، نعم لو لم أذل بهذا المرض ربما ما كانت تمنح لى".

حسب ما تراءى لعين كويشا فإن الله قد أرسل له الإنفلونزا ليرى ما إذا كان صفيه سيتحمل المرض بصبر كما تحمله أيوب. إلا أنه كان هناك الكثيرون من الأفريقيين فى روديسيا الجنوبية ليسوا على استعداد لتحمل المرض صابرين. وكانوا يتطلعون إلى الرب الذى يمكنه أن يأتى توا بالخلاص من المعاناة إلى من يصطفيهم "هو" وكان هذا هو الرب الذى يعظ به أتباع العنصرة. يمكننا أن نتتبع نشوء ثقافة العنصرة الدينية فى شرق زيمبابوى، حيث ظهرت للوجود فى النهاية الكنائس الروحية السوداء الكبرى فى أوائل الثلاثينيات. فى مانيكا لاند، كما فى جنوب نيجيريا كانت

سنة ١٩١٨ تعد على نطاق واسع السنة التى وفدت فيها الروح القدس إلى العالم. وعلى كل فإنها كانت سنة الإحياء العظيم لمذهب العنصرة بين الوعظاء الأفريقيين ومعلمى الكنيسة الأسقفية المنهجية الأمريكية (كاما). وكانت الجائحة فى مانيكا لاند قد انكسرت لتصبح موجة هائلة من الشفاء والمعجزات، حين كان الأفراد الملهمون من الإنجيليين من (كاما) ينقلون رسالتهم خلال الإقليم. توضح سجلات (إدارة الأهالى) أنه قبل نشوب الإنفلونزا مباشرة كان ثمة جو من توقعات دينية مكثفة. يؤكد المشرف العام على الأهالى فى أومتالى عند نهاية سبتمبر ١٩١٨، أن معلمى الدين المنهجيين كانوا "يعظون بظهور المسيح للمرة الثانية وأن الأهالى قد انفعلوا بذلك انفعالا جامحا؛ وكان الأفراد من الشباب يدعون أنهم يتصلون بالموتى. أتت شكوى من مريوا المجاورة فى الحادى عشر من أكتوبر قدمها زعيم مريوا نفسه ليقول فيها" "إنه لا يعترض على أن يتعلم الناس القراءة والكتابة... ولكنه يعترض على استغلال (كلمة الله) التى تدفع بشعبه إلى الجنون".

ظنت (إدارة الأهالى) أن وفود الجائحة قد وضع حدا قويا لحماس أتباع مذهب الإحياء، إلا أن الحدثين أصبحا مجدولين بلا انفصام فى ذاكرة الأفريقيين المسيحيين فى شرق روديسيا. بالإضافة إلى ذلك، فإنه فى السنوات التى تلت ذلك قام رجال الإرساليات من أتباع المذهب الرسولى بجنوب أفريقيا، بحمل وعود العنصرة لكل المحميات السكانية فى مانيكا لاند. كان هذا هو السياق الذى نشأت فيه الكنيستان الكبيرتان "شونا فابو ستورى" أو الكنيستان الرسوليتان لجوهانا مارانك وجوهانا ماسوى، وذلك فى أوائل الثلاثينيات. كان أن أصبحت الكنائس التابعة لهما كنائس دولية فى دعوتها تضم مئات الآلاف من الأعضاء. ونال مؤسسا هذه الكنائس التبجيل كنبيين، عهد الله لهما بالكشف عن طريق الحياة وطريق للشفاء بما يعلو فوق تعاليم التراث أو تعاليم الغرب أيضا. حظر الرجلان استخدام الأدوية من أى نوع – وهو حظر ما زال أتباعهما ينشدون مراعاته حتى الآن فى زيمبابوى. وكلاهما قد نشأ فى

معاقل المنهجية الأمريكية فى مانيكا لاند، ويعرفان بأمر التوليف بين العنصرة والوباء فى ١٩١٨، وكلاهما قد تفاعل مع وعاظ المذهب الرسولى. وكلاهما كانا يرجعان بنشأة كهنوتهما وراء إلى زمن نشوب الإنفلونزا.

كان جوهانا مارانك الذى ولد فى ١٩١٢، يزعم أنه قد بدأ رؤاه برؤية "أناس كثيرين يراهم فوق سحابة فى الشرق" وهو فى سن السادسة سنة ١٩١٨. أما جوهانا ماسوى يوحنا البرية - فإن شهادة جيمس جور أحد مساعدى كهنته، تمدنا بكل ما وجد من صلات الارتباط بصورة حيوية - الإنفلونزا، وفود النبى، نهاية النظام الروحى القديم:

> **"فى سنة تفشى الإنفلونزا فى البلاد بلا كابح أصابنى المرض، وظللت مريضا لثلاثة شهور. واعتاد أبى أن يحملنى إلى سفونجزوف (وسيط روحى) كانت لديه روح شافية. واستخدموا معى بعض النشوق والدواء لعلاجى... وكان أن حدث ذات منتصف ليل رعد يدوى من الشرق إلى الغرب... ثم تكلمت الروح التى كانت داخل سفونجزوف وقالت: إن كلمة الرب هى التى سببت هذا الدوى. وقالت الروح إن كلمة الرب قد حلت فى مكان ما من الشرق... (وبعدها) فى ١٩٣١ قالت روح سفونجزوف أن الطفل الذى أشرت إليه قد أصبح الآن راشدا... كانت الأرواح تعرف أنه قد حان زمن رحيلها. وقالت الأرواح: "نحن الأرواح سوف نرحل بعيدا. إن كلمة الله التى تصلون لها موجودة هنا. وكلمة الله هذه... تمنع استخدام الدواء... ثم سمعنا فى ١٩٣٢ أن بابا جوان قد أتى".**

الاستنتاج

فى النهاية إذن، نجد أن الأهمية الأساسية لجائحة الإنفلونزا فى التاريخ الطبى الأفريقى ربما تكون فى القوة الدافعة التى وفرتها لنشأة الحركات المضادة للدواء. كان من الممكن بالطبع أن تنشأ هذه الحركات من دون أزمة الإنفلونزا - وهى بالفعل قد نشأت من دونها فى أجزاء من إفريقيا. وعلى كل فإن المؤسسات والحركات المضادة للدواء كانت جانبا من جوانب العالم المسيحى الموجودة فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، وهو جانب كان من المحتم أن يصل تأثيره إلى أفريقيا. بالإضافة إلى ذلك فكما يبين هذا الفصل نجد أن جائحة الإنفلونزا لم تلغ الثقة عند كل الناس فيما يتعلق بالنظم الموجودة للمداواة والتفسير. على الرغم من ذلك، فإن جائحة ١٩١٨ بما كان فيها من جو متأزم ومن فشل فعلى لكل علاج طبى، ساعدت بقوة على نشأة المذاهب الأفريقية المضادة للدواء، وعلى إضفاء الشرعية عليها.

الفصل التاسع

البلهارسيا: مشكلة "الصحة الأهالى"(*)

١٩٠٠-١٩٥٠

جون فارلى

كان هناك تزامن بين "عصر الإمبريالية" ونشأة نظرية الجراثيم، وما ترتب عليها من اكتشافات لطبيعة الكثير من أمراض المناطق الحارة، وكثيرا ما أدى هذا التزامن إلى افتراض أن الإمبريالية أيا كانت أخطاؤها الأخرى فإنها قد أدت على الأقل إلى تحسين صحة السكان المحليين. على أن طب المناطق الحارة أو المستعمرات الذى بدأ فى أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر، بإنشاء مدرستى لندن وليفربول لطب المناطق الحارة، هذا الطب قد نشأ نتيجة لإدراك أن حياة الأوروبيين من موظفى أقاليم المستعمرات، ورجال الإرساليات وأفراد الجيش لا يمكن الحفاظ عليها بأكثر فاعلية إلا إذا قام بذلك أطباء سبق لهم قبل توظيفهم، بعض من التدريب على تشخيص وعلاج أمراض المناطق الحارة. وبالتالى، فإنه على الرغم من استمرار الإشارة إلى "رفاهية وتقدم الأعراق التى نحكمها". فإن سياسة عمل الحكومة إنما كانت تهتم أساسا برفاه الموظفين البيض. يستشهد فى ذلك بما قاله جوزيف تشمبرلين: "إنك ترسل الجنود والبحارة، ثم تفكر فى أنك ملزم بإرسال الأطباء لرعايتهم. ولكن هل فكرت فى هذا العدد الكبير من أفراد هيئة الموظفين المدنيين القديرين الذين أرسلتهم إلى هناك، وما

(*) المقصود بكلمة الأهالى هنا أن البلهارسيا مشكلة لمرض يصيب أهالى المستعمرة وليس مستعمريها الأجانب. (المترجم).

سيتم عمله لهم فى حالة اعتلال صحتهم؟". فطب المستعمرات إنما وجد أساسا لجعل المناطق الحارة مناسبة لإقامة الرجل الأبيض. ومع ذلك فإن فوائد وفتوحات طب المناطق الحارة كثيرا ما تعد هبة من هبات الاستعمار، فهى بمنزلة تبرير للماضى الإمبريالى لبريطانيا ولأمريكا أيضا.

البلهارسيا أو الإصابة بطفيل الشيستوزوما توفر لنا محكا للاختبار يمكننا أن نقيّم به هذه الدعوى. والبلهارسيا، بخلاف الملاريا، هى تقريبا بالكامل "مرض خاص بالأهالى" نادرا ما يمس حياة رجال الإدارة بالمستعمرات. والبلهارسيا من أمراض المناعة التى يحدثها بيض ديدان الشيستوزوم المفلطحة، التى تعيش فى الأوعية الدموية لجدران أحشاء الإنسان أو مثانته البولية، كان مرض البهارسيا، ومازال، مرض الفقر فى الريف، وهو مرض متوطن فى معظم المناطق الحارة فيما عدا الهند. وتتم الإصابة به نتيجة تعرض الجلد لماء عذب يحوى يرقات الشيستوزوم التى تسمى السركاريا. وهذه السركاريا تنشأ من أجسام تشبه الأكياس تسمى أكياس البوغات، توجد فى أنسجة قواقع من قواقع الماء العذب، وتخرج منها يوميا فى أعداد كبيرة، وتعدى البشر بأن تثقب الجلد. عندما نفحص الدوافع التى كانت وراء الاهتمام البريطانى والأمريكى وجنوب الأفريقى بهذا المرض، بدلا من الأمراض الأخرى التى كانت تهدد صحة موظفيهم وأهلهم، فإننا سنتمكن من الوصول إلى فهم أفضل لتأثير طب المستعمرات فى "صحة الأهالى".

مصر (١٩١٤)

ثار اهتمام البريطانيين بالبلهارسيا لأول مرة قبل الحرب العالمية الأولى مباشرة، وكان سبب ذلك هو الاعتقاد بأن المرض يشكل تهديدا خطيرا لحمايتهم فى مصر. ما من شعب آخر على الأرض يعانى من أضرار البلهارسيا بمدى ما يعانيه الفلاحون المصريون. الأرقام مذهلة: فسبعة وأربعون فى المائة من كل سكان مصر كانوا مصابين

بها حسب تقدير ج. ألن سكوت فى ١٩٣٧، وتصل الإصابة إلى ما بين ١٦ إلى عشرين مليونا فى رأى باحثين مصريين فى سبعينيات القرن. ويقدر بحث مسحى حديث جدا إصابة الأطفال فى مدرسة الأقصر الابتدائية بنسبة ثمانين فى المائة.

عرف الأوروبيون بأمر المرض لأول مرة فى منتصف القرن التاسع عشر، عندما حدث كجزء من سلسلة من الإصلاحات بالأسلوب الأوروبى، أن أُجريت محاولات لتحسين جودة التعليم الطبى فى مصر، بتوظيف أساتذة جامعة أوروبيين للمدرسة الطبية فى القاهرة. كان أحد هؤلاء الأساتذة هو تيودور بلهارز، الذى وصف دودة الشيستوزوم لأول مرة ١٨٥١، بينما قام فى الوقت نفسه أستاذ آخر بوصف باثولوجيا المرض، وهو يلهلم جريزنجر. تولى البريطانيون حكم البلاد فى ١٨٨٢، وأجروا فى تسعينيات القرن التاسع عشر سلسلة مشابهة من الإصلاحات، كان من نتيجتها أن أتى أرثر لوس من جامعة ليبزج للتدريس فى مدرسة الطب. وفى النهاية افترض لوس دورة حياة خطأ لدودة الشيستوزوم، الأمر الذى أدى بالبريطانيين إلى الاهتمام بالبلهارسيا بصورة رسمية.

عندما وصل لوس إلى مصر، لم يكن هناك أى إضافة جديدة لما لاحظه بلهارز أصلا وهو: "أن البيضة تفقس لتخرج "جنينا حرا" أو الميراسيديوم، وهو طور صغير يسبح فى حرية ويظل حيا لساعات معدودة لاغير. أما ماذا يحدث بعد ذلك فقد ظل سرا، وإن كان الكثيرون قد استنتجوا بالقياس بالتماثل مع الطفيليات التى كان هناك دراية أفضل بها، أن الميراسيديوم لابد أنه يخترق أنسجة أحد القواقع. أو غير ذلك من عائل وسيط(*) لافقرى. إلا أن أى مقولة تصدر عن لوس كانت تعد أكثر المقولات جدارة بالتصديق، فلوس كان قد وطد سريعا من مركزه كواحد من علماء العالم المبرزين فى علم الديدان الطفيلية.

(*) العائل الوسيط عائل تصيبه العدوى بالطفيلى أولا ثم يمررها بعدها للإنسان. (المترجم)

كان لوس في وقت مبكر من حياته العلمية في مصر، قد افترض على نحو طبيعي أن الميراسيديوم ينمو في غالب الأمر في عائل وسيط من الرخويات. ولكنه فشل في إجراء تجارب يعدى فيها قواقع دلتا النيل ورخوياتها ذات الصدفتين، كما فشل في العثور على قواقع أو لا فقريات أخرى تكون قد تمت عدواها طبيعيا بيرقات الشيستوزوم، وأدى به ذلك إلى أن يستنتج أن "انتقال الجنين لا يمكن أن يحدث بواسطة عائل وسيط من الحيوانات الدنيا" وبالتالى، فإن الأمر حسب لوس هو أن ميراسيديوم الشيستوزوم بعد أن يفقس من البيض لا يُمرر إلى أحد القواقع وإنما يخترق مباشرة جسم الإنسان. وهو يجادل بأن أطوار الأكياس البوغية اليرقية من الشيستوزوم تنمو في كبد الإنسان، وليس في الغدة الهضمية للقواقع. ويكتب لوس قائلا: "إننى بالتالى مضطر للاقتناع بأن الإنسان نفسه يعمل كعائل وسيط".

كان لوس قد نال سمعة حسنة يستحقها عن جدارة، وبلغ من سمعته هذه أن هذه النظرية العجيبة عن "العدوى من الجلد" قد اكتسبت تأييدا واسع الانتشار. وكما ذكر فرانك مادن أستاذ الجراحة في مدرسة الطب المصرية، في أول مرجع يكرس كله للبلهارسيا فإنه "قد يحدث أن أي بركة صغيرة قد تتلوث ببول أو براز مريض يعانى من الإصابة بالبلهارسيا، ثم يحدث في زمن قصير جدا أن يصبح الماء أو الوحل مليئا بيرقات الميراسيديوم النشطة، وهذه إذ تقع على قدم عارية أو سيقان أو أيد عارية فإنها تخترق الجلد وبذا تؤدى إلى العدوى".

ودلالات دورة حياة من هذا النوع لا يصعب تخيلها: فالطفيلى الذى يمر هكذا مباشرة من الإنسان إلى الإنسان يكون فيه إمكان لخطر على الرجل الأبيض مثلما على الفلاح المصرى. على أنه سيكون خطرا يهدد بخاصة القوات البريطانية التى تتخذ مواقعها في مصر وبطول قناة السويس. أي بركة صغيرة في أي معسكر جنود ستكون مصدرا محتملا للمرض. وهكذا فإن رجال المدفعية الذين يعودون من مصر إلى الوطن يمكن أن يصبحوا مسئولين عن وباء من البلهارسيا في معسكرات دوليتش! أي أن

نظرية لوس للانتقال المباشر للعدوى قد حولت البلهارسيا إلى مرض في الإمكان أن يكون مرضا للرجل الأبيض.

لم يتباطأ البريطانيون في الاستجابة لهذا التهديد. وفي ٢٤ أكتوبر ١٩١٣، عقد اجتماع للجنة الاستشارية لصندوق أبحاث أمراض المناطق الحارة، واقترح رونالد روس إرسال دكتور ستيفنس من مدرسة ليفربول إلى قبرص لإجراء بحث على المرض. وكما يذكر روس فإن المرض له أهمية عظيمة لمصر "بما في ذلك أهميته للحامية البريطانية". على أن اللجنة قررت بدلا من ذلك أن ترسل روبرت ليبر للصين "لدراسة طريقة انتشار عدوى البلهارسيا، وللحصول إن أمكن على أدلة تجريبية أكيدة عن هذا الموضوع". كان الجانب الصيني من الرحلة فاشلا، إلا أن ليبر زار اليابان حيث كان قد تم حديثا اكتشاف دورة حياة الشيستوزوما اليابانية، وأقنعته هذه الزيارة بأن "دورة حياة الشيستوزوما اليابانية تتفق في جوانب جوهرية مع دورة حياة الديدان الأخرى من التريماتودا(*). فهي تماثلها في أن ميراسيديوم الشيستوزوم عندما يفقس خارجا من البيضة، يغزو أنسجة القواقع، لينتج أكياسا بوغية داخل ما يشبه الكيس. وهذه بدورها تنتج الكثير من السركاريا ذات الذيل المشقوق والتي تثقب جلد العمال اليابانيين في الحقول ذات البرك الصغيرة. وبالتالي، فقد استنتج ليبر في تقريره إلى اللجنة أن "فرض لوس خطأ بالكامل. ويبقى الآن إثبات أن الشيستوزوما هيماتوبيوم(**) تتبع سياقا مماثلا.

في ذلك الوقت، حيث كانت بريطانيا قد دخلت الحرب، وحيث طرد لوس التعس بلا اختفاء ليعود إلى ألمانيا، كان حل لغز البلهارسيا في مصر قد أصبحت له أهمية حيوية

(*) التريماتودا اسم لطائفة من الديدان المثقبية العريضة أو المفلطحة، من ضمنها طفيليات البلهارسيا بأنواعها. (المترجم)

(**) نوع من طفيل البلهارسيا البولية موجودة في مصر. (المترجم)

بالنسبة للحامية البريطانية. وكنتيجة لذلك ألحق ليبر على القوات الطبية للجيش الملكى وأرسل لإجراء الأبحاث على المرض. كانت مهمته واضحة:

"نظرا لانتشار وقوع مرض متوطن بمصر، وحيث إنه يحتمل استخدام أعداد كبيرة من القوات فى مواقع الدفاع عن قناة السويس، خولتنى السلطة للذهاب إلى مصر لإجراء أبحاث على مرض البلهارسيا فى تلك البلاد، ولإعطاء المشورة بالنسبة لما يتخذ من إجراءات وقائية فيما يتعلق بالقوات المسلحة".

بدأ ليبر أبحاثه بأن جمع ما يزيد على ٣ آلاف قوقع من قناة عند المرج، وهى قرية صغيرة فى الدلتا شمال شرق القاهرة. وسرعان ما وجد يرقات طور السركاريا ذات الذيل المشقوق التى كان قد تعلم فى اليابان طريقة التعرف عليها، وقد وجدها فى نوعين شائعين من القواقع، وعاد إلى لندن وقد حمل معه أربعة فئران، وستة وعشرين جرذا، وستة عشر جرذا صحراويا، وحيوانين من حيوانات خنزير غينيا(*)، وأربعة قرود، كلها قد نقلت لها تجريبيا العدوى بهذه السركاريا وعندما تم فحصها، وجد أنها كلها أصبحت تحمل ديدان الشيستوزوم فى دورتها البابية(**). وبالتالى، فإن دورة حياة ديدان الشيستوزوم المصرية تتضمن - كما فى اليابان - المرور من خلال عوائل وسيطة من القواقع، ثم اختراق السركاريا المباشر لداخل العائل النهائى. كان لوس مخطئا بالكامل.

كان لهذه النتائج دلالاتها العملية بالنسبة للقوات البريطانية فى مصر، الأمر الذى أوضحه ليبر تماما فى تقريره. يكتب ليبر أنه حسب فرض لوس "فإن كل التجمعات المؤقتة للمياه سيكون فيها خطر لو لوثت حديثا... وأفراد القوات الذين ستصيبهم

(*) نوع صغير من القوارض يشبه الفأر ويستخدم فى التجارب الطبية. (المترجم)

(**) الدورة الدموية الخاصة بالكبد، وتعيش ديدان البلهارسيا فى أوعيتها الدموية. (المترجم).

العدوى سيكونون عرضة لأن يعيدوا عدوى أنفسهم، ولأن ينشروا المرض بين الأفراد الآخرين من القوات وأن ينقلوا المرض إلى أى جزء من العالم". ومن الناحية الأخرى "فإن مجارى المياه الكبيرة، مثل النيل والقنوات والمستنقعات والبرك، يقل الاحتمال بأنها تكون معدية". أما الآن بعد اكتشاف القواقع العائلة، فإن ليبر يواصل القول بأن "تجمعات المياه المؤقتة آمنة تماما... وأفراد القوات الذين تصيبهم العدوى لن يستطيعوا إعادة عدوى أنفسهم أو نشر المرض مباشرة للآخرين... وكل التجمعات المستديمة للمياه مثل النيل والقنوات... فيها إمكان خطر، حسب وجود العائل الوسيط الضرورى".

مع هذه الاكتشافات، استنتج ليبر أن البلهارسيا لم يعد فيها بعد أى تهديد للقوات التى لها كيانها المنضبط، حيث يمكن أن يفرض فرضا صارما تطبيق اللوائح بتجنب المياه الملوثة بالقواقع. يذكر ليبر فى مقال فى مجلة "جورنال أوف رويال آرمى مديكال كوربس" (مجلة القوات الطبية للجيش الملكى). أنه يمكننا أن نتنبأ بدرجة معقولة من الأمان بأن المرض لا يمكن قط أن يصل إلى أن يوطد من قبضته الرهيبة، على أفراد القوات، ويحدث فيهم الأضرار الشديدة التى يحدثها فى الأهالى المصريين المصابين بالعدوى إصابة شديدة". أصبح مرض البلهارسيا هكذا، "واحدا من تلك الأمراض التى يكون الفرد فيها هو المسئول شخصيا مسئولية أساسية إن لم تكن مسئولية كاملة". ولم تعد البلهارسيا بعد تشكل تهديدا خطيرا لرفاه القوات البريطانية المنضبطة ولا لموظفى المستعمرات الذين يعيشون بالأسلوب المتفق عليه. لن يصاب اللندنيون بالمرض بأن ينتقل بلا مقاومة من بركة صغيرة للأخرى عبر المدينة. ومن الممكن على نحو آمن تجاهل المرض. فى عام ١٩٣٩ الذى يسبق بعام واحد بدء عهد جديد من التاريخ الطبى للإمبراطورية البريطانية، نشر هارولد سكوت الأستاذ بمدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة، كتابا له من جزءين عنوانه "تاريخ طب المناطق الحارة" لم يرد فيه أى ذكر للبلهارسيا!

جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية

هذه اللامبالاة بالبلهارسيا لم يشارك فيها وقتذاك البيض من سكان جنوب أفريقيا، التى كانت بالطبع مازالت جزءا من الإمبراطورية البريطانية. بحلول العشرينيات من هذا القرن كان هؤلاء البيض يعون وعيا شديدا ذلك الخطر الجديد الذى يتهدد رفاههم، وهو: "الأهالى المصابون بالمرض". وظف معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية آنى بورتر لإجراء أبحاث عن نسبة وقوع الإصابة بديدان الشيستوزوم وغيرها من الديدان الطفيلية، بين السكان الأفريقيين، وحذرت بورتر من وجود هذا الخطر فى أول تقرير لها. وذكرت أن الأفريقى: "يصبح مصدر خطر للعائلين(*) غير المحصنين، ومركزا لنشر عدد من العلل فى الجهاز الهضمى كنتيجة لعاداته المتسيبة"، وحذرت من أن الأطفال البيض بخاصة يكونون عرضة للعدوى بالطفيليات التى تمرر لهم من مربياتهم الأفريقيات. والحقيقة أنها تستنتج "أنه يبدو من المحتمل جدا أن الأهالى المصابين بالعدوى يعملون بمنزلة مستودع للمرض". التقط صيحة التحذير هذه سى. ت. لورام رئيس لجنة جنوب أفريقية شكلت لإجراء أبحاث عن إمكانات تدريب الأهالى على الطب. ويذكر التقرير أن هناك حشودا من الأهالى فى مراكز كثيرة ليس لديهم إلا فرصة محدودة للعلاج الطبى، فيصبح المرضى الذين لا يعالجون مصدر خطر لبقية المجتمع". كان مصدر التهديد هكذا فى أكثره، ليس من أمراض معينة، وإنما من "الأهالى المصابين بالمرض" والذين يحملون هذه الأسقام.

على أن هذا التهديد لصحة أفراد المجتمع الأبيض أنفسهم لم يكن العامل الوحيد الذى شجعهم على النظر فى أمر صحة السكان الأفريقيين؛ ذلك أن المصالح الاقتصادية كانت تساوى ذلك أهمية. "أصبحت صحة عامل المناجم من أفراد البانتو تكاد تكون وسواسا قهريا عند شركات التعدين"، وذلك كما كتب كاترابت فى عموده

(*) المقصود هم الأوروبيون الذين يحتمل أن يعولوا الطفيلى لو أصيبوا بعدواه. (المترجم).

الذى أثنى فيه على أطباء المناجم فى جنوب أفريقيا . فى النهاية بنت شركات التعدين فى جنوب افريقيا مستشفيات حديثة، مثلها فى ذلك مثل الشركة المتحدة للفواكه، والشركات الأمريكية الأخرى المشتغلة بالتجارة فى المناطق الحارة، ووظفت شركات التعدين هيئة طبية يعمل أفرادها طوال الوقت، وفعلت الكثير حتى تخفض من معدلات الوفاة بين المرضى فى المناجم وهى معدلات كانت قد وصلت إلى مستويات رهيبة، بعد أن أخذت غرفة التعدين تجند عمال تعدين غير مهرة من الأفريقيين.كذلك فإن شركات التعدين فى جنوب أفريقيا، مثلها مثل نظائرها الأمريكية، وجهت اهتمامها إلى تعزيز الأبحاث على أمراض المناطق الحارة، وساعدت فى سبيل تحقيق هذا الغرض، على تأسيس معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية.

عندما أعيد فتح المناجم بعد حرب البوير(*)، واجهت غرفة المناجم نقصا خطيرا فى القوى العاملة. ولما كان تحسين الظروف الصحية "لصبيان المناجم" فيه إمكان لأن "يشجع" على جمع مزيد من العمال، أدى هذا إلى أن تمول الغرفة إصدار سلسلة من التقارير الصحية بهذا الشأن. يبين تقرير ١٩٠٣ أن معدل الوفيات سنويا هو ٥٧,٧ فى الألف، وأن ٤١,٧ فى المائة من هذه الوفيات بسبب أمراض الجهاز التنفسى. الأسوأ من ذلك أيضا أن تقرير ١٩٠٥ أظهر معدل وفيات لا يكاد يصدق، ويبلغ ١٣٠ فى الألف من الأفريقيين الذين جمعوا من المناطق الحارة شمال حدود الترنسفال، وأختيروا بفرزهم حسب قوتهم البدنية وحسن صحتهم. أى أن ثُمن أفراد قوة العمل تقريبا يموتون سنويا وهم يتكونون من ذكور شبان بالكامل! على أن الأمر قد استغرق مرور عقد من السنين حتى تأخذ غرفة المناجم فى الهجوم على المشكلة بأسلوب جدى. ففى ١٩١٣ دُعى الجنرال جورجاس إلى جوهانسبرج لإعطاء المشورة بشأن صحة البيئة فى مجمعات عمال المناجم الأفريقيين، فأوصى بالتوسع فى إنشاء المستشفيات،

(*) الحرب التى قامت سنة ١٨٩٩ فى عهد فيكتوريا بين بريطانيا وسكان جنوب أفريقيا الأوروبيين فى الترنسفال. (المترجم)

وزيادة مساحة الإيواء فى المجتمعات، وأن يكون هناك سرير منفصل لكل رجل. وقبل ذلك بسنة كان رجال صناعة التعدين قد تآزروا مع حكومة الاتحاد لتأسيس معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية، الذى أقيم لإجراء الفحوص البكتريولوجية الروتينية ولإجراء الأبحاث المتعلقة على وجه الخصوص بأمراض العمال الأفريقيين فى مناجم الذهب والماس والفحم.

وقعت أحداث مشابهة فى روديسيا الجنوبية، وإن كانت أقل اتصافا بالدرامية، وأدى الانشغال بصحة عمال المناجم هناك فى ١٩٢٨، إلى إنشاء قسم يسمى "صحة الأهالى " يرد ذكره مضمنا فى التقارير السنوية لإدارة الأهالى الصحية. فالروديسيون أيضا كانوا متنبهين لأمر مرضاهم الأفريقيين. ويذكر تقرير عام ١٩٣١ لمصلحة الصحة العامة لروديسيا الجنوبية، أن "الأهالى هم المستودع الذى يعدى منه الرجل الأبيض حيث يضطر إلى أن يعيش فى مخالطة حميمة معهم، فتصيبه العدوى. يمكن الاستشهاد فى ذلك بأمثلة من أمراض من نوع الملاريا والدوزنتاريا والديدان المختلفة للأحشاء مثل الشيستوزوما". هذا وقد حدث كنتيجة لإدراك أن السلطات الطبية قد تجاهلت إلى حد كبير الحالة الصحية لهؤلاء الأفريقيين بما فيها من احتمالات الخطر، أن أدى ذلك إلى كهربة البيض للقيام بإجراءات سريعة بشأن ذلك. بحلول منتصف ثلاثينيات القرن العشرين كان لدى المستوطنين البيض فى روديسيا الجنوبية خمسة وعشرون مستشفى قاعدة "للأهالى" تعمل بالفعل. يلخص ويليام بلاكى، مدير معمل الصحة العامة الأساس المنطقى لهذا الاهتمام بصحة الأفريقيين أحسن تلخيص، إذ يكتب قائلا:"من المعقول أن نعتبر أن هذا الاستثمار يعد بمنزلة تأمين لحماية صحة الأوروبيين، وأنه استثمار تقوم به الأمة حتى تحافظ بصورة أفضل على مواردها من القوى العاملة من حيث النوع والكم".

"لست من محبى الزنوج العاطفيين... على أنه مهما كان نفورنا من الأمر، فإن الأهالى لن يسمحوا لنا بتجاهلهم أو نسيانهم إلا فى مقابل عقاب يصيبنا، وهو تعرضنا نحن أنفسنا لأقصى الخطر، ذلك أن الأهالى بالنسبة لعدد كبير من الأمراض

التى تثير قلقنا، يوفرون مستودعا للعدوى بهذه الأمراض... ولو أننى نجحت فى إيقاظ الوعى الجماهيرى بالنسبة لهذه المسألة، فسوف أحس بأن الخدمة التى أديتها للمجتمع الأوروبى أعظم مما أديته لشعب الأهالى".

شغلت البلهارسيا موضعا مهما بين أمراض الأفريقيين الرئيسية، التى تهدد صحة وأرواح السكان البيض فى جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية. وكان بلاكى نفسه كعالم ديدان طفيلية من مدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة، قد وصل فى ١٩٢٧ لإجراء مسح على السكان الروديسيين بالنسبة لإصابتهم بالديدان الطفيلية. ووجد بلاكى أن البلهارسيا هى أخطر أمراض الديدان الطفيلية عند أطفال المدارس البيض، ومع التهديد الذى يفرضه وجود "مستودعات المرض عند الأهالى"، فإنه أوصى بعمل مسح جماعى للديدان الطفيلية فى محميات الأهالى. بين هذا المسح الذى أجرى فى ١٩٣٠ أن المرض "له أهمية رئيسية فى المستعمرة"، كانت نسبة الأطفال الأفريقيين الذين يحملون دودة الشيستوزوم فى كثير من الأقاليم تبلغ تقريبا عشرين فى المائة.

على الرغم من أن أمراض الجهاز التنفسى كان لها بالطبع الأولوية فيما يجرى من أبحاث فى جنوب أفريقيا، فإن الدكتور ج. أ. تيرنر المشرف الطبى لرابطة العمال للأهالى فى (ويتواتر ساند)، كان قد لفت الانتباه مبكرا إلى وقوع حالات من البلهارسيا بين الأهالى الذين يُجمعون من موزمبيق للعمل فى المناجم. كتب تيرنر فى ١٩١٠: "لعله لا يوجد بالنسبة لسكان مقاطعة موزمبيق مرض آخر يماثل العدوى بالبلهارسيا فى مقدار ما تسببه من كرب وإنزعاج شديدين. فهذا المرض ترجع إليه كل صنوف الأذى فوق الأرض بما فى ذلك العنّة فى الرجال والعقم فى النساء. ولعله حدث كنتيجة لهذا التحذير أن ضمنت البلهارسيا بين الأمراض التى تجرى عليها الأبحاث، بواسطة أعضاء هيئة العاملين فى معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية. هذا وقد ظلت آنى بورتر مسئولة عن هذه الأبحاث حتى استقالتها فى ١٩٣١، ونشرت أبحاثها الحاسمة عن المرض فى ١٩٣٨. على الرغم من اضطرارها لارتكاب أخطاء كثيرة

بسبب عدم قدرتها على تعيين العوائل المتوسطة من القواقع، وعدم قدرتها على التمييز بين يرقات الشيستوزوما البشرية ويرقات الأنواع الأخرى من الشيستوزوما، فقد كانت أساسا على صواب في وصفها لتوزيع انتشار المرض في الاتحاد. وهي تذكر أن البلهارسيا مرض متوطن في الترنسفال في منطقة تقع تقريبا شمال خط الحدود بين مفكنج وبريتوريا؛ وفي الناتال؛ وفي إقليم الكاب، شرق أخدود دراكنسبرج وشمال نهر سندايز وبورت إليزابث.

العلاج والتحكم

مما يثير العجب أن سكان جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية لم يتخذوا قبل الحرب العالمية الثانية أي إجراء ضد المرض، على الرغم من إيمانهم بأن "الأهالي المصابين بالبلهارسيا" يشكلون خطرا على صحتهم وازدهار أحوالهم. وقنعت السلطات في كلا البلدين بما تم إجراؤه من أبحاث المسح.

هذا وقد كان في الإمكان اتخاذ إجراءات ضد المرض؛ فبحلول العشرينيات من القرن كانت قد بدأت تلوح مادتان كيماويتان مطروحتان لاستئصال البلهارسيا، وهما: طرطرات الأنتيمون أو الطرطير المقيئ، وكبريتات النحاس، ومن المعتقد أن كلا من هاتين المادتين الكيماويتين تقتل المرض. فمن المعتقد أن المادة الأولى منهما عندما تحقن في مجرى الدم تقتل الديدان الطفيلية البالغة، أما المادة الأخرى فإن محلولها المخفف إلى تركيزات صغيرة يقتل القواقع في الظروف العملية. كان دور كلتا المادتين الكيماويتين في إمكان استئصال المرض قد تم الكشف عنه بعد زمن قصير من قيام ليبر بوصف الدورة الصحية للديدان في مصر. كان لوس قبل هذا الاكتشاف يجادل بأن استئصال المرض يعتمد على التعليم، وعلى التحكم الكامل في شئون البيئة بالنسبة "للفلاحين"(*) من السكان. ولكن اكتشاف هذه الكيماويات هي وقواقع العوائل

(*) يقصد فلاحي مصر. (المترجم).

الوسيطة، جعل الطريق مفتوحا أمام تكنولوجيا الطب الغربى. فالمرض يمكن استئصاله بقتل القواقع أو قتل الديدان البالغة. كما يمكن السماح "للفلاحين" بأن يواصلوا ممارسة أساليبهم التى تكرست عبر الزمان. هكذا فإن التحكم فى البلهارسيا لا يتطلب أى إجراءات اجتماعية.

كان أ. س. تشاندلر قد اكتشف لأول مرة فاعلية كبريتات النحاس فى إبادة القواقع، وهو يعمل فى منطقة رائعة الجمال هى وادى ويلا ميت فى أوريجون، وهو بعيد عن كل مشاكل مصر بقدر ما يمكن للمرء أن يتخيله. وقد لاحظ فى أثناء عمله ما لهذه المادة من خواص جاذبة للنظر. فهى توفر لنا، أو يبدو أنها توفر لنا، طريقة لمحاربة المرض دون أن يتضمن ذلك المريض بأى سبيل. فهى وسيلة جذابة بالنسبة للعالم والسياسى. فالعالم يستطيع الآن أن يتعامل مع تركيزات مختلفة من مادة كيميائية بدلا من محاولة فهم طريقة حياة المزارعين الأميين؛ والسياسى يستطيع أن يتجاهل أحد الآراء المؤلمة التى لها تفجراتها السياسية، وهو الرأى بالعمل على الارتقاء بحياة الجماهير وتغييرها. ليختار بدلا من ذلك مادة كيميائية بسيطة تقتل القواقع. ويكتب تشاندلر، "هناك حقيقة، وهى أن التحكم فى أمراض العدوى بالديدان الطفيلية المفلطحة يحتمل أن يتم بالهجوم على العائل الوسيط، بدلا من أن نعتمد على أن نفرض بالقوة تنفيذ لوائح الصحة البيئية. على الرغم من أن هذه الأمراض تعد نسبيا غير قابلة للشفاء، فإن هذه الحقيقة التى سلف ذكرها تجعل الاستئصال النهائى للعدوى بهذه الأمراض، أمرا له توقعات أكثر إشراقا من أى حالة من الحالات الكثيرة الأخرى للديدان الطفيلية ". إلا أن تشاندلر كان مخطئا فى أحد الجوانب، فهو عندما كتب هذه الكلمات لم تكن البلهارسيا مما يعد بعد من الأمراض التى لا تقبل الشفاء. ففى ١٩١٨ أعلن الدكتور ج. ب. كريستوفر سون فى السودان أن استخدام وزن ثلاثين قمحة(*)

(*) وزن صغير يبلغ جزءا من ٧ آلاف جزء من الرطل الإنجليزى. (المترجم)

من الطرطير المقيئ تعطى للمريض على فترة من خمسة عشر إلى ثلاثين يوما، فيه شفاء أكيد من الإصابة بالبلهارسيا.

على أن أيا من هاتين المادتين الكيماويتين لم تستخدم أصلا ضد المرض، عند السكان الأفريقيين فى جنوب أفريقيا ولا فى روديسيا الجنوبية. لم يتخذ أى إجراء ضد البلهارسيا إلا عندما وجد أن قطاعات من السكان البيض مصابون بالمرض. فبحلول منتصف العشرينيات وجد أن أطفال المزارعين البوير الفقراء فى الترانسفال مصابون بالبلهارسيا، وهم بذلك يمثلون الأوروبيين الوحيدين فى أفريقيا الذين تهددهم هذا المرض على نحو خطير. كان هناك استجابة فى التو، فابتداء من ١٩٢٧ كان تلاميذ المدارس الأفريكان(*) يجمعون معا فى "مخيمات صيفية" فى مواقع شتى، عبر كل مقاطعة الترانسفال ويعطون العلاج القياسى من الطرطير المقيئ محقونا فى الوريد. وبحلول ١٩٢٩ تشكلت لجنة البلهارسيا للترانسفال للإشراف على البرنامج وإنشاء برامج تعليمية وبرامج دعائية. وضعت لافتات بالإنجليزية والأفريكانية عند برك الاستحمام تحذر الأطفال من الخطر الموجود فى المياه. عندما أخذ الحماس لمخيمات العلاج يقل بحلول ١٩٣٢، قررت اللجنة الضغط من أجل إنشاء حمامات سباحة خالية من البلهارسيا فى مدارس أطفال مزارع البيض، حيث يمكن أيضا استخدام المياه للرى. على الرغم مما حدث فى الترانسفال، من محاولة قصيرة فاشلة لفتح مخيم مماثل للأطفال الأفريقيين، فإن الناتال – التى كان المزارعون البيض فيها أكثر ثراء من أقرانهم فى الترانسفال، وكانت الإصابة بالبلهارسيا فيها تقتصر على السكان الأفريقيين – لم تحدث فيها أى محاولة لتقليد المثل الترانسفالى. فالبلهارسيا تتعرض فقط للهجوم عندما تصيب السكان البيض بعدواها.

(*) الأفريكان اسم آخر يطلق على السكان البيض المولودين فى جنوب أفريقيا من أباء لهم أصول هولندية.(المترجم).

إذا كان أهل جنوب أفريقيا فى العشرينيات والثلاثينيات من هذا القرن، غير راغبين فى إنفاق المال على استخدام الكيماويات فى علاج وتوقى البلهارسيا بين السكان السود، فإنهم بكل تأكيد لم يكونوا أيضا مستعدين لمهاجمة الأسباب الجذرية لهذا المرض وغيره من الأمراض. ولكن ومرة ثانية، كان هناك مجموعة مختلفة من القواعد يجرى تنفيذها بالنسبة للمجتمع الأبيض. ففى ١٩٢٤ تم انتخاب حكومة الجنرال هرتزوج من حزب العمل القومى، وذلك على أساس برنامج من تفوق العرق الأبيض وعزل العرق الأسود، وبالنسبة لأعضاء هذه الحكومة كان وجود أناس فقراء بيض، من نفس أهلهم وعشيرتهم، قد أصابهم المرض يعد أمرا يستدعى اهتماما عاجلا. هكذا فإن حكومة الاتحاد هى والكنيسة الهولندية الإصلاحية طلبتا العون فى ١٩٢٧، من مؤسسة كارنيجى لإجراء أبحاث عن أمراض "فقراء البيض". كتبت لجنة كارنيجى تقريرها فى ١٩٣٢ الذى رسمت فيه صورة "لأجراء" الريف الذين لا يملكون أرضا، وفقراء المستوطنين الذين يحوزون مساحات صغيرة من الأرض، والعمال غير المهرة، وبعض الرواد الرحل. وهؤلاء يكونون عادة من أصول هولندية - ألمانية، وعلى حظ ضئيل من التعليم إن لم يكونوا أميين، ولا يتحدثون إلا لغة الأفريكان، وقد أوهنهم المرض، فيظلون بحالتهم هذه معزولين عن التيار الرئيسى للتقدم الأوروبى، وعاجزين نفسيا عن التكيف مع الظروف الحديثة".

سجل التقرير أن البلهارسيا - "أو مرض البول الأحمر للإنسان" كما تسمى محليا - هى مشكلة كبرى بين أطفال البيض الفقراء. ويذكر التقرير أنه "لا ينتابنا أدنى تردد فى أن نصرح بأنه فيما يختص "بالبول الأحمر" كمرض فى المدارس له القدرة على إضعاف المريض، فإن هذا المرض يبلغ مرتبة لا تقل إلا قليلا عن العدوى بالدودة الخطافية(*) والملاريا. على أن الحل الذى أوصى به التقرير لهذه المشاكل الصحية لم

(*) العدوى بالدودة الخطافية يقصد بها ديدان الأنكلستوما الطفيلية التى تتعلق بخطافات فى فمها، بجدران الأمعاء، وتسبب خروج دم مع البراز، بما يؤدى إلى فقر دم شديد. (المترجم).

يكن باستخدام مبيدات الحشرات أو مبيدات الرخويات أو الطرطير المقيئ. فالتقرير يستنتج أن "الفقر والتغذية غير الكافية لهما عموما تأثير ضار أكثر من الملاريا أو أى أمراض أخرى. فالسبب الجذرى لكل المشكلات الأخرى هو النظام الاقتصادى وليس المرض. فهذا النظام يخلق الفقر والجهل بين البيض الفقراء، وهذان بدورهما يؤديان إلى سوء التغذية وضعف مقاومة المرض. على الرغم من أن أطفال البيض الفقراء كانوا يعالجون بالطرطير المقيئ، فإن حكومة جنوب أفريقيا قد نُبهت إلى أن المشاكل الجذرية هى مشاكل اقتصادية. وللمرة الأولى والوحيدة شرعت إحدى الحكومات فى التخلص من المشكلة الصحية للبلهارسيا باستخدام وسائل اقتصادية واجتماعية. ولكن المرضى كانوا للمرة الأولى والوحيدة مرضى من البيض، وليسوا من السود.

الأمريكيون

قبل نشوب الحرب العالمية الثانية، لم يكن هناك أحد خارج مصر وجنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية، يضع البلهارسيا ضمن قائمة الأمراض الرئيسية للمناطق الحارة، وذلك فيما عدا قلة معدودة. ولكن الوضع مع نهاية الحرب صعد إلى المرتبة السادسة فى العالم، وسرعان ما زاد صعوده بعدها ليتخذ موقعه بعد الملاريا مباشرة. ليس السبب فى ارتفاع مرتبة هذا المرض هو زيادة الاهتمام بصحة العالم الثالث، كما لم يكن سبب ذلك هو التأثير العام للمرض فى جيوش الحلفاء فى الحرب. الحقيقة أنه لم تسجل سوى اثنتين وأربعين حالة من المرضى بين القوات البريطانية وقوات الكومنولث التى حاربت فى شمال أفريقيا وفى الشرق الأوسط، وبذلك فإن التاريخ الطبى البريطانى للحرب صرف النظر عن هذا المرض، ليذكر فى مقولة عارضة أنه "باستخدام الإجراءات الوقائية البسيطة التى تتأسس على المعرفة المكتسبة أثناء حرب ١٤ - ١٩١٨، لم يتكرر نشوب المرض كما حدث وقتذاك فى مصر". واتخذ المؤرخون الأستراليون موقفا مماثلا. سجل الجيش الأمريكى من الناحية الأخرى، ما يزيد على ٢٥٠٠ حالة من العدوى بالشيستوزوما، ولكن هذا الرقم لا يعد سوى قطرة فحسب عند

مقارنته بمن أصيبوا بالملاريا والأمراض التناسلية، ناهيك عن إصابات القتال التى عاناها الأمريكيون أثناء حربهم الدامية مع اليابان. إلا أن حملة واحدة لعبت دورا رئيسيا فى أن تأتى بالإصابة بعدوى الشيستوزما إلى خط المقدمة من أمراض المناطق الحارة: وهى حملة ليت فى ١٩٤٤.

قرر الأمريكيون فى أغسطس ١٩٤٤ أن يتجاوزوا غزو ميندناو(*) الذى كان مخططا من قبل، وأن يقفزوا مباشرة إلى شمال ليت، وهى جزيرة كان مرض البلهارسيا متوطنا فيها. حدث الإبرار يوم ٢٠ أكتوبر، وبحلول يوم عيد الميلاد كانت الحملة قد انتهت بالفعل. شارك فى العملية أفراد يبلغ عددهم ٢٥٧٧٦٦، وتكبد جيش الولايات المتحدة إصابة ١٥٥٨٤ فردا منهم، مع عدد من القتلى وصل إلى ٣٥٠٨ أفراد. وفجأة ظهرت البلهارسيا فى ديسمبر بين أفراد القوات الأمريكية الذين أدخلوا إلى المستشفى الميدانى رقم ١١٨؛ وظهرت ثمانون حالة فى ديسمبر، ثم ١٥٥ حالة فى يناير. ومع نهاية ذلك الشهر أبلغ معاون المستشفى بأن "الموقف فيما يتعلق بالقوى البشرية قد أصبح حرجا. وقد تم تشخيص عدد من حالات العدوى بالشيستوزوما". وبحلول مايو ١٩٤٥ كان العدد الكلى للحالات فى الجزيرة قد ارتفع إلى ما يزيد على الألف.

وفى خوف من أن يتصاعد الأمر إلى وباء كامل المدى، اتخذت الإجراءات لعملية عسكرية كبيرة ضد العدوى بالشيستوزوما. وبدأ تنفيذ برنامج تعليمى واسع بالملصقات وصور الكارتون والمعامل المتحركة لتقديم عروض عملية عن المرض. فى فبراير ألحقت على المستشفى ١١٨ الميدانى، الوحدة الخامسة لأبحاث مسح الملاريا وكذلك وحدة للأبحاث الطبية، وذلك لدراسة جوانب المرض المختلفة؛ فى أبريل عين مجلس علم الأوبئة فى الجيش بواشنطن لجنة فرعية للعدوى بالشيستوزوما، ووصلت اللجنة إلى الجزيرة

(*) ميندناو إحدى الجزر الرئيسية فى أرخبيل الفيليبين. (المترجم).

لدراسة المشكلة، ثم وصل إلى الجزيرة بعد ذلك بشهر فريق من ثلاثة أفراد من وحدة الأبحاث البحرية وفى ذهنهم نفس الأهداف. كان الرجال الذين يشكلون أفراد هذه الوحدات المختلفة هم ف. بانج، و ن. هيرستون وأ. جراهام، وم. فرجسون، و إ. فاوست، وو. هـ. رايت، ود. ب ماك مولن، وج.و.هنتر الثالث، وهؤلاء هم الذين وضعوا مرض العدوى بالشيستوزوما على الخريطة الأكاديمية للولايات المتحدة بعد الحرب، وذلك بأن نشروا ما اكتشفوه زمن الحرب فى مجلة "أميريكان جورنال أوف هيجين" (المجلة الأمريكية لعلم الصحة)، و "أميريكان جورنال أوف تروبيكال مديسين" (المجلة الأمريكية لطب المناطق الحارة). ظهرت هذه التقارير فى وقت جد مبشر بتنامى الفرص بالنسبة للمستقبل المهنى لطب المناطق الحارة فى الولايات المتحدة، ذلك أنه مع نهاية الحرب كان أفراد مجتمع طب المناطق الحارة فى الولايات المتحدة، يبذلون أقصى الجهد بحثا عن السبل التى تمنع عودة "الأيام القديمة السيئة".

فى تلك الأيام التعسة من عشرينيات وثلاثينيات القرن العشرين، كانت الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة بعد بدايتها بداية مزدهرة، قد ضمت إلى مجموعة هامشية هى الرابطة الطبية الجنوبية. تأسست الجمعية فى ١٩٠٢، وبحلول الحرب العالمية الأولى رسخت قدميها ككيان مهنى ناجح وإن كان صغيرا، وكانت تضم بين أعضائها كل الشخصيات البارزة فى هذا العلم. على أنه حدث خلال العقد التالى، مع انخفاض توهج الإمبراطورية، وانتهاء الحرب، ثم أخيرا مع أزمة الكساد، حدث أن قل فيما يبدو الاهتمام بهذا الموضوع، وأصبح لا يوجد له أى دعم مالى. فى ١٩٣٤ حاول الزعماء فى هذا المجال مقاومة هذا الاتجاه المزعج، فشكلوا الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة، وكان دورها لا يقتصر فحسب على تعليم الجمهور الأمريكى، والعمل على زيادة المعرفة وأن تكون الأكاديمية مصدرا عاما للخبرة، وإنما كان دورها الأكثر أهمية هو أن تتلقى وتدبر اعتمادات تمويل الأبحاث. وأنشأت الأكاديمية بدورها المؤسسة الأمريكية لطب المناطق الحارة لتقوم على وجه الخصوص باجتذاب هذه الاعتمادات.

عقد فى ١٩٣٥ اجتماع مشترك بين الجمعية الأمريكية والأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة فى سانت لويس، وهو اجتماع وصفه أحد المتحمسين بأنه يمثل "إحدى اللحظات العظيمة فى تطور طب المناطق الحارة بالولايات المتحدة"، وأعقب هذا الاجتماع تكوين المؤسسة رسميا. رأس المؤسسة بيرى بيرجس، رئيس صندوق وود التذكارى (صندوق تمويل موجه للجذام فى الفيليبين)، وكان من أعضائها رؤساء جامعات جونز هوبكنز وكولومبيا وكاليفورنيا، وكذلك كبار التنفيذيين للأعمال المالية فى شركة مطاط فايرستون وشركة الفاكهة المتحدة، وعقدت المؤسسة أول اجتماع لها فى أبريل ١٩٣٦، حيث ناقش الأعضاء "تحقيق تخطيط دقيق لطب المناطق الحارة". حتى يجتذبوا التمويل الضرورى اتفقوا على أن من الضرورى أولا أن يعرفوا من أعضاء الأكاديمية ما هو المطلوب على وجه التحديد. إلا أنه ثبت أن هذه المهمة البسيطة هى مشكلة. وكما ذكر الأعضاء فى أول تقرير لهم عن تقدم العمل، فإن "مشاريع الأبحاث التى قدمها أعضاء الأكاديمية تتسم فى معظمها بأنها جد غامضة"، وهى "لاتبدو محددة بالدرجة الكافية لأن تبرر استخدامها بهدف جمع اعتمادات مالية". ويواصل التقرير القول بأسلوبه جد المباشر، فيذكر أنه بالإضافة لذلك لم يقدَّم سوى عدد جد قليل من خطط الأبحاث، بحيث إنه "ربما كان الأمر أنه لا توجد حاجة حقيقية لدى الباحثين الأمريكيين لدعم أبحاث طب المناطق الحارة، وإن كانوا قد جرونا للاقتناع بوجود مثل هذه الحاجة". تم فى ١٩٣٩ التعبير عن حال مماثل من عدم الرضا؛ فيذكر أعضاء المؤسسة أنهم يريدون أن يعرفوا من أعضاء الأكاديمية "أى برنامج يوجد فى تفكيركم، ماذا ستكون سياسة عملكم، ماذا ستكون خططكم وما هى احتمالات جعل المؤسسة تواصل الاهتمام بالأمر". كان من الواضح أن طب المناطق الحارة فى الولايات المتحدة لا يسعد وقتها بسنوات ناجحة.

ومع ذلك ذكر سكرتير المؤسسة فى تقريره السنوى عن ذلك العام، "أن الوقت مناسب بصورة متميزة لبذل مجهود رئيسى فى مجال طب المناطق الحارة فى النصف الغربى للكرة الأرضية". لم يكن الحافز على ذلك هو الحرب التى كانت قد بدأت بالفعل

فى أوروبا الغربية، وإنما كان الحافز هو سياسة "الجار الطيب فى الصفقة الجديدة"(*) لفرانكلين روزفلت. حتى تزيد الولايات المتحدة فى ١٩٣٨ من علاقاتها الثقافية والتعليمية مع الجمهوريات الأمريكية الأخرى فى الجنوب، حسب ما تتطلبه هذه السياسة الجديدة، شكلت الولايات المتحدة قسما للعلاقات الثقافية. وكنتيجة لذلك، أوصى سكرتير المؤسسة بأن تكرس المؤسسة أنشطتها للمساعدة فى تعليم طب المناطق الحارة، وإجراء أبحاثه فى هذه الجمهوريات. يجب إعطاء منح للمدارس الطبية فى الولايات المتحدة لإنشاء دراسات عليا فى طب المناطق الحارة تماثل تلك التى فى لندن، ويجب تأسيس دراسات زمالة الأفراد من كل جمهورية من الجمهوريات الأمريكية للدراسة فى الولايات المتحدة. مما لا يثير الدهشة أن مجلس الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة قد وافق بالإجماع على توصيات السكرتير، وعبرت الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة عن "اهتمامها المتعاطف بنشاط الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة، فى زيادة التعاون بين بلاد الأمريكتين فى مجالات طب المناطق الحارة وعلم الطفيليات". بحلول ١٩٤٠ كان قد تم عمل ثمانى منح زمالة فى طب المناطق الحارة، كل منها بمبلغ ١٠٠٠ دولار لمواطنين من أمريكا اللاتينية لحضور منهج للدراسات العليا فى طب المناطق الحارة لمدة ستة شهور فى تولين، وإن كانت المؤسسة بعد ذلك بسنتين قد عجزت ماليا عن مواصلة هذه المنح. على أنه كان قد نشأ وقتذاك موقف جديد أتاح مجالا أوسع كثيرا من مجال تلك الجمهوريات الجنوبية التى غلبها الفقر: فالأمريكيون قد دخلوا الحرب العالمية الثانية.

هكذا فإن دكتور توماس ماكى رئيس الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة، يعلن فى خطابه الرئاسى فى أبريل ١٩٤١ قبل بيرل هاربر(*) بثمانية أشهر وإعلان

(*) الصفقة الجديدة مشروع الرئيس روزفلت (١٨٨٢ - ١٩٤٥) الذى فاز به فى انتخابات رئاسة الولايات المتحدة فى الثلاثينيات، ويهدف المشروع لحل أزمة الكساد الكبير فى أمريكا انذاك، أما سياسة الجار الطيب فموجهة إلى دول أمريكا اللاتينية. (المترجم).

(**) بيرل هاربر معركة جوية بحرية بدأت بها اليابان الحرب مفاجأة ضد الولايات المتحدة. (المترجم).

ألمانيا للحرب، أن "الحرب قد وضعت جمعيتنا فى مركز له أهميته الحقيقة ". ذلك أنه مع الحرب زاد أخذ وضع علم طب المناطق الحارة يزداد رفعة، وقفزت أرقام العضوية فى الجمعية من ٥٤٦ عضوا فى ١٩٤١ إلى ٦٧٤ فى ١٩٤٢ و٩٠١ فى ١٩٤٣ و١٢١٣ فى ١٩٤٤. عمل الأعضاء وقتذاك فى لجان المجلس القومى للبحوث وإدارة الصحة العامة، كما كان من أهم ما يقومون به إعطاء المشورة لمكتب كبير الأطباء بشأن العلاج والتحكم فى أمراض المناطق الحارة التى يمكن أن تتعرض لها قوات الولايات المتحدة. بالإضافة إلى ذلك فقد حل مكان قسم العلاقات الثقافية مكتب لتنسيق شئون الأمريكتين، يتوجه بعمله إلى النواحى الثقافية والتجارية لشئون الدفاع الأمريكية. كان لشئون الصحة والصحة البيئية مكانها المهم فى سياسة العمل هذه، وبلغ من أهمية ذلك أن تشكلت فى ١٩٤٢ هيئة فرعية هى معهد شئون الأمريكتين، للعمل على تحسين الظروف المحلية فى المناطق الاستراتيجية وللبرهنة من خلال الصحة على "الفوائد الملموسة للديمقراطية"، بحيث يتم التخلص من "أحد المجالات الخصبة للدعاية النازية"(*).

أتت الحرب معها بالأموال وزادت من عدد الأعضاء ودعمت من مركز طب المناطق الحارة. ولكن هل ستظل الأمور على هذا الحال، أو أن هذه ستكون نعما زائلة تختفى بمجرد أن تعود الأحداث إلى الوضع الطبيعى؟ وبالتالى، فقد أنشئت فى وقت مبكر هو عام ١٩٤٢، لجنة لمشاكل الحرب وما بعد الحرب، من أجل دعم البحث والتعليم فى طب المناطق الحارة بعد الحرب، وفى ١٩٤٥ قدمت الجمعية قراراتها إلى الرئيس ترومان والتى تعبر فيها عن القلق، "خشية أن يترك طب المناطق الحارة ليتدهور إلى المستوى الذى كان عليه قبل الحرب". وذكّروا الرئيس أنه حاليا فإن التدريب والبحث "لا يفيان بالغرض إلى حد يثير الأسى"، ولهذا السبب فإن جيش وأسطول الولايات المتحدة كان

(*) النازية حزب هتلر دكتاتور ألمانيا الذى كان يحكمها فى أثناء الحرب العالمية الثانية. (المترجم)

عليهما أن ينشئا برامج تعليمية عاجلة عند بدء الحرب. وهم يستنتجون من ذلك "أننا بالتالى نوصى بتنمية هذا الوجه المهم من الطب الأمريكى تنمية مباشرة ونشطة".

ورد فى تقرير ١٩٤٤ للجنة مشاكل الحرب وما بعد الحرب قائمة من سبعة أمراض للمناطق الحارة على أنها أمراض لها أهميتها بالنسبة للمستقبل وهى: الملاريا، والعدوى بالأميبا، والعدوى بالفلاريا(*)، والدودة الخطافية، والعدوى باللشمانيا(**)، والعدوى بالبلهارسيا، والعدوى بالاكينوكوكس(***). ولهذه القائمة أهمية كبرى فى قصة العدوى بالشيستوزوما، فلأول مرة يحسب هذا المرض على أنه أحد المشاكل الصحية الكبرى فى العالم. ثم حدث بعد ذلك بخمسة شهور أن تفجرت مشكلة العدوى بالشيستوزوما فى ليت. لم يكن فى الإمكان أن يكون وصول حملة ليت فى وقت أكثر ملاءمة من ذلك، بالنسبة لممارسى طب المناطق الحارة الذين كانوا ينشدون الإبقاء على مكانتهم تحت الشمس.

سرعان ما تبع ذلك ظهور الاهتمام الأكاديمى بالمرض. فظهرت مقالات الفيليبين بين ١٩٤٦ و١٩٤٨ وكان معظمها فى مجلة "أميريكان جورنال أوف هيجين" (المجلة الأمريكية لعلم الصحة) التى تنشرها جامعة جونز هوبكنز، فى حين حدث فى نفس الفترة أن أخذت مجلة "أميريكان جورنال أوف باراسيتولوجى" (المجلة الأمريكية لعلم الطفيليات)، تتضمن فى أعدادها عددا متزايدا من المقالات عن هذا المرض. كان نورمان ستول يرأس الجمعية الأمريكية لعلم الطفيليات، وهى جمعية لها صلات قوية

(*) الفلاريا: طفيلى تنتقل عدواه عن طريق لدغة البعوض ويسبب التهاب الأوعية الليمفاوية وانسدادها، بما قد يؤدى إلى تضخم الساقين (داء الفيل). (المترجم)

(**) اللشمانيا: طفيلى تنتقل عدواه بلدغة ذبابة الرمل وقد يصيب الجلد بقرح أو ينتشر فى الأحشاء مسببا أعراضا مختلفة. (المترجم)

(***) الاكينوكوكس: طفيلى من الديدان الشريطية يسبب فى الإنسان أحيانا تكيسات، وخاصة بالكبد، مما قد يؤدى إلى مضاعفات مميتة. (المترجم).

جدا بطب المناطق الحارة، وفى ١٩٤٧ نشر ستول ورقة بحثه الشهيرة "هذا العالم الملئ بالحدود"، ويقدر فيها أن ١١٤ مليون شخص مصابون بالعدوى من الأنواع الثلاثة للشيستوزوما البشرية. شغلت البلهارسيا موقعا مهما فى اجتماع ١٩٥٠ للجمعية الأمريكية لطلب المناطق الحارة، حيث زعم رئيسها وهو و. هـ. وايت، أن البلهارسيا "أهم مرض من أمراض المناطق الحارة فى العالم الآن".

وحتى يتم تبرير إنفاق المال على أمراض المناطق الحارة، استخدمت عموما حجج اقتصادية: فحتى نتمكن من تنمية المناطق المختلفة فى العالم لتدعم التجارة العالمية وتوفر الأسواق لاقتصاد الولايات المتحدة، فإننا نحتاج قبلها إلى استئصال طفيليات المناطق الحارة أو التحكم فيها. يذكر و. هـ. رايت فى ١٩٥٠ أننا بتحسين الصحة فى هذه المناطق "يمكننا أن نتوقع تحسن الاقتصاد، وزيادة الإنتاج، وتوسع التجارة مع هذه البلاد الغنية بالمواد الخام. وهى مواد تنقص بلادنا وتحتاج إليها احتياجا شديدا". لقيت مجهوداتهم لجمع المال وقتذاك بعض النجاح. وكمثل، فإنه فى ١٩٤٤ حصلت المؤسسة الأمريكية لطب المناطق الحارة على ٧٥ ألف دولار لاستخدامها فى التعليم والأبحاث، ذهب منها ١٥ ألف دولار إلى تولين، وأعطت شركة مطاط فايرستون هبة من ٢٥ ألف دولار لإجراء أبحاث على العدوى بالتريبانوسوما فى ليبيريا. أكد أعضاء الجمعية أيضا على ما تفرضه أمراض المناطق الحارة من تهديد للولايات المتحدة نفسها. وحذروا بخاصة من خطر أن تقوم القوات العائدة بإدخال أمراض المناطق الحارة إلى البلاد، ومن أن الأطباء الأمريكيين لم يحسن إعدادهم للتعامل مع هذه الأمراض. بدت البلهارسيا جد مهمة فى هذه المناقشات. فى ١٩٤٤ يذكر أندرو وارين، رئيس لجنة الحرب وما بعد الحرب أنه "ليس من غير المعقول أن نتوقع أن حالات العدوى بالشيستوزوما مانوسناى(*) قد تصل إلى أن تجرى لها عمليات جراحية

(*) شيستوزوما مانسوناى نوع من طفيلى البلهارسيا يصيب الأمعاء الغليظة ويخرج بيضه مع البراز. (المترجم).

للسرطان أو البواسير، وأن حالات الشيستوزوما هيماتوبيوم تجرى لها عمليات جراحية لإزالة الكلى(*). وفى ١٩٤٦ أصبح من البنود التى لها أولويتها إجراء أبحاث مسح للقواقع التى يمكن أن تعول اليرقات فى أمريكا الشمالية، وذلك بعد أن وجد أن القليل من أفراد نوع من القواقع "تروبيكوربس هافا نيسيس"، التى أخذت من بركة فى حرم جامعة ولاية لويزيانا فى باتون روج، وجد أنها تطلق السركاريا بعد تعرضها للعدوى بالميراسيديوم من نوع شيستوزوما مانسوناى.

الاستنتاج

إذا اعتبرنا أن قصة البلهارسيا قصة نمطية بالنسبة لغيرها من "أمراض الأهالى" فإنه يترتب على ذلك أن سياسات العمل الطبية عند البريطانيين والمستوطنين البريطانيين وبيض جنوب أفريقيا والأمريكيين، كانت سياسات لا تهتم قط أى اهتمام بصحة "الأهالى" إذا كانت أسباب هذا الاهتمام لا تخدم فى نفس الوقت مصالحهم الخاصة. قبل الحرب العالمية الثانية، فإنه حتى يتم اتخاذ إجراء بشأن "أمراض الأهالى" التى تصيب أفرادهم، كان الأمر يحتاج أولا إلى أن تهدد هذه الأمراض – أو إلى أن يبدو أنها تهدد – الصحة، أو الازدهار الاقتصادى لدى الأوروبيين من قوات الجيش أو المستوطنين. وبالمثل فإنه بعد الحرب العالمية الثانية كان "اكتشاف الأمريكيين للبلهارسيا لا يعكس فحسب تزايد الاهتمام بأمراض المناطق الحارة كما حفزت عليه الاعتبارات الاستراتيجية والتجارة فى المناطق الحارة من أمريكا، وإنما كان يعكس أيضا الاهتمام بأن هذه الأمراض تشكل تهديدا صحيا للولايات المتحدة. ولكن لعل ما يعلو فوق كل شئ أن الاهتمام الزائد بأمراض المناطق الحارة بعد الحرب قد نشأ عن أنشطة قامت بها جماعات ضغط أكاديمية. فى التحليل النهائى فإن أعظم رعاة هذا

(*) الشيستوزوما هيماتوبيوم نوع آخر من طفيلى البلهارسيا يصيب الجهاز البولى ويخرج بيضه مع البول، وقد يسبب مضاعفات فى الجهاز تستدعى إزالة الكلى. (المترجم).

النشـاط المتزايد كانوا من الأمريكيـين والبريطانيين العاملين بالأبحاث، أى أنهم خبراء توفر لهم دراسة أمراض المناطق الحارة فرص مستقبل مهنى لم تكن مما يُحلم به فى السنوات المبكرة. ودلالات ذلك عميقة: أصبحت البلهارسيا مرضا آخر من الأمراض التى أدمجت فى الطب الغربى، ليجرى عليها البحث على نحو علمى فى معامل أمريكا الشمالية وأوروبا، وليتم التحكم فيها بإدخال التحسينات على الكيماويات التى تبيد الرخويات وعلى العلاج الكيميائى.وفى نفس الوقت نجد أن المشاكل جد الحقيقية من الفقر وسوء التغذية، التى ترتبط بها البلهارسيا ارتباطا وثيقا هى ومعظم أمراض المناطق الحارة الأخرى، قد أصبحت أساسا مشاكل موؤودة.

الفصل العاشر

اكتشاف سوء التغذية بالمستعمرات فيما بين الحربين(*)

مايكل ووربويز

مقدمة

من الحقائق التى تشيع معرفتها أن نسبة كبيرة من سكان العالم تعانى من سوء التغذية. هناك منظمات مثل أوكسفام وصندوق إنقاذ الأطفال، تنبهنا باستمرار للمشكلة وتنشد عوننا لمعالجة مشكلة "الملايين الذين يموتون جوعا" فى بلاد العالم الثالث. تشير خبرتنا الحديثة، خاصة فيما يتعلق بالموقف فى إثيوبيا، إلى أنه بينما يمكن أن يحس الناس فى البلاد الغنية بوخز ضمائرهم بسبب المجاعات الكبرى، إلا أنهم يظلون إلى حد كبير فى حالة لا مبالاة بالنسبة لمشاكل نقص التغذية وسوء التغذية(**)، مع أنها مشاكل أكثر انتشارا إلى حد كبير، كما أنها فى النهاية مشاكل أشد خطرا. قد تكون هناك أسباب كثيرة لأن يكون إحساس الناس هكذا، على أن أحد

(*) المقصود بين الحربين العالميتين أى حرب ١٩١٤، وحرب ١٩٣٩ (المترجم).

(**) نقص التغذية وسوء التغذية مصطلحان يختلفان طبيا. فنقص التغذية حالة تنتج عن عدم كفاية الطعام الذى يؤكل لفترة ممتدة من الزمان، وهى فى الحالات القصوى تسمى مجاعة. أما سوء التغذية فحالة مرضية ناتجة عن نقص أو زيادة، نسبية أو مطلقة، فى واحد أو أكثر من العناصر المغذية. وهذا يشمل قلة التغذية، وفرط التغذية، وعدم توازن الطعام، ونقص عناصر معينة من الطعام. وسوء التغذية فى هذا الفصل يقصد به عامة حالات النقص لا الزيادة. (المترجم).

أهم هذه الأسباب فيما يبدو هو أن المجاعات بالضرورة تكون أزمات قصيرة المدى لها أصول وحدود معينة، بينما ينظر إلى حالة سوء التغذية المزمنة على أنها مشكلة كانت، وستظل دائما، موجودة معنا. والحقيقة أن هذه الآراء على خطأ. لقد تم "اكتشاف" مشكلة سوء التغذية لأول مرة فى بلاد العام الثالث فيما بين الحربين، وكانت بلاد العالم الثالث وقتها مناطق مستعمرات. من الواضح أنه كان هناك بعض الوعى بمشاكل التغذية قبل ذلك، لا يتعلق فقط بالمجاعات، ولكن لم يحدث إلا فى زمن ما بين الحربين أن نشأ تركيب لهذه الأمور فى شكل مشكلة إمبريالية وضعت فى جدول الأعمال السياسية للعالم. ثمة أسئلة كثيرة تنشأ بسبب هذا التوقيت بالذات. لماذا لم يتم "اكتشاف" سوء التغذية إلا وقتها وليس قبل ذلك أو بعد ذلك؟ ما هى الهيئات الفعالة المسئولة عن هذا "الاكتشاف"؟ وكيف كانت الهيئات المختلفة تنظر إلى هذه المشكلة؟ وما هى طرق التناول والحلول التى طرحت وصيغت وجربت؟

لم يتم إجراء سوى دراسات معدودة عن التغذية فى مجتمعات ما قبل الاستعمار والمجتمعات المستعمرة، وعلى الرغم من ذلك فإن الروايات الثلاث العامة عن أصل مشكلة الطعام فى العالم، تتفق كلها على أن المشكلة قد تم إدراكها لأول مرة بين الحربين. تطرح إحدى وجهات النظر أن شعوب هذه البلاد كانت تعانى دائما من أن غذاءها سيئ ومحدود بسبب انخفاض مستوى معيشتها والجهل بعلم الغذائيات. وبالتالى فإنه يُزعم أن المشاكل الغذائية كانت دائما متوطنة، ولكنها كانت تظل محتجبة حتى كشفت عنها معرفتنا الجديدة بالتغذية فى ثلاثينيات القرن العشرين. هناك رواية ثانية يطرحها أنصار مذهب المالتوسية(*) الجديدة، الذين يجادلون بأن تكاثر السكان فى قرننا هذا قد نتج عنه "عدد من الناس أكثر من اللازم" بالنسبة لما يتاح من

(*) المالتوسية نسبة إلى مالتوس الاقتصادى الإنجليزى ١٧٦٦ - ١٨٣٤، وترى نظريته (المالتوسية) أن السكان يتكاثرون بمتوالية هندسية بينما موارد الطعام تزيد فحسب بمتوالية حسابية. وبالتالى، فإن استمرار تكاثر السكان هكذا يعرض العالم للمجاعة. (المترجم).

إمدادات الطعام، وأن هذا قد أدى إلى أن أصبح سوء التغذية هو المشكلة الكبرى بين الأمراض المتوطنة بالقرن العشرين. هناك أيضا رواية ثالثة تزعم أن المشاكل الغذائية للبلاد النامية ترجع إلى أصول حديثة، ولكنها ترى أن هذه المشاكل تعزى إلى المذهب الاستعماري، وخاصة ما يحدثه من تدمير لإنتاج الطعام محليا بأن يزيد من تحول شعوب المستعمرات إلى إنتاج المحاصيل النقدية لتصديرها. حسب هذه الرواية فإن سوء التغذية فى البلاد النامية يُعد وباء حقيقيا، فهو أزمة صحية استثنائية واسعة الانتشار تنتج عن أسباب خاصة لا توجد بوجه عام فى الموقع المتأثر بها.

هذا ويثير هذا الموضوع أيضا، جنبا إلى جنب مع هذه النظرات التاريخية العريضة، قضايا عديدة من الناحية الاجتماعية التاريخية للمعارف الطبية. وأول كل شئ أنه لم يحدث أن دار سوى نقاش قليل قلة فريدة بشأن المدى الذى تنتشر به المعارف الطبية. حتى وقت قريب جدا، كان المؤرخون الطبيون يتعاملون حسب نموذج يُفترض فيه أن ثمة انتشارا بطريقة سلبية لمنظومة معرفية تعد صحيحة بصورة شاملة. على أن العلماء يدركون الآن ضرورة استكشاف آليات انتقال المعرفة وتكييف ودمج هذه المعرفة فى الأحوال المختلفة السياسية والثقافية والجغرافية. وثانيا فإن هناك ميلا متزايداً لتناول العلوم التى كعلم التغذية، ليس فحسب على أنها كيان من الأفكار، وإنما على أنها أيضا أنماط اجتماعية، ذات أصول وحدود ومحتويات لها شروطها. وهذه الاعتبارات بخاصة لها صلة وثيقة بالموضوع فى حالة علم التغذية الذى يرتبط بصلات كثيرة بالعلوم البينية، سواء كان ذلك فى الداخل من أو فيما بين مختلف العلوم الطبيعية والعلوم الاجتماعية. وأخيرا، وليس آخرا فى أهميته، هناك الطريقة التى تتشكل بها المعارف الطبية والعلمية والتى تستخدم فى المناقشات الأوسع الاجتماعية والسياسية. يجادل كتاب كثيرون بأن هذا القرن قد شهد نزعة متزايدة نحو جعل المشاكل الاجتماعية مشاكل علمية، "علمنتها" أو طبية "تطبيتها"، بمعنى أن تنقل المشكلة بعيدا عن المجال الاجتماعى الذى يمكن فيه إنجاز شئ بشأنها ويمكن فيه النظر فى أمر بدائل سياسية شتى، فتنتقل المشكلة بعيدا عن ذلك لتوضع فى مجال من

الطبيعة حيث تعالج على أنها مشكلة ثابتة، أو لا يمكن حلها إلا "بطريقة واحدة صحيحة" يعينها الخبراء. هذا وسنجد فى حالة التغذية أن التعريفات "الموضوعية" لمستويات الفقر قد أدت فى بعض الأحوال، إلى نزعة تسييس للأفراد وإلى نشأة آراء وبرامج راديكالية اجتماعيا وسياسيا. على أن تناول مشكلة الفقر عن طريق التغذية قد نتج عنه أيضا أن المشكلة قد نزعت عنها صفتها السياسية. وفى هذه الحالة فإنه كثيرا ما يتم بحث سبل علاج المشكلة، لا عن طريق تغييرات بنيوية، وإنما عن طريق "ثوابت تقنية"، كما عن طريق الإمداد بالمكملات الغذائية ونشر التثقيف الصحى.

الاكتشاف

كان أول إقرار حكومى رسمى بوجود مشكلات غذائية فى مستعمرات الإمبراطورية فى هذا القرن، متعلقا بحيوانات المزرعة وليس بالناس! ففى ١٩٢٥ حدثت خسائر جسيمة فى الماشية بجنوب أفريقيا وأراضى المرتفعات الكينية بلغ من خطورتها أن حولت إلى هيئة جديدة استشارية لمجلس الوزراء، وهى لجنة الأبحاث المدنية (ل. أ. م). وقد تأسست (ل. أ. م) لتنسيق "الأبحاث الاقتصادية والعلمية والإحصائية فيما يتعلق بتخطيط السياسة والإدارة المدنية"، وكانت تعمل بأن تفوض المسئولية عن الأبحاث المعينة إلى لجان خبراء كانت بدورها تلتمس التمويل لأعمال البحث وتشرف عليها. كانت استجابة (ل. أ. م) لخسائر الماشية نموذجا نمطيا للطريقة التى تعمل بها. فقد عينت لجنة فرعية لبحث محتوى المعدنيات فى المراعى، وذلك بعد مناقشات غير رسمية مع الخبراء ممن لهم علاقة بالأمر، وبحلول الوقت لأول اجتماع (ل. أ. م) كان قد تم تخطيط اقتراح للبحث وكتب فيه اسم الباحث بالقلم الرصاص. كان الشخص الذى اختير لمهمة المسح الأولى هو جون بويد أور، رئيس معهد رُويت للأبحاث فى أبردين. كان لهذا التعيين مغزاه، ذلك أنه كان البداية لانطلاق الحياة المهنية لرجل أثّرت حياته هذه فى أبحاث التغذية وتخطيط سياستها، الأمر الذى أدى فى النهاية إلى أن أصبح بويد أور أول مدير لمنظمة الطعام والزراعة فى الأمم المتحدة. كان بويد أور

أصلا مؤهلا كطبيب، ولكنه بعد أداء خدمته فى الحرب اتخذ مهنة العمل بتغذية الحيوان فى رويت، حيث كانت هناك مؤسسة جديدة لأبحاث حيوانات المزرعة ومنتجات الألبان تركز على حالات نقص المواد المعدنية. حياة بويد أور المهنية قد جمعت معا بين نزعتين مهمتين فى سياسة العلم فى بريطانيا ما بعد الحرب، وهما الالتزام الجديد بالبحث التطبيقى الذى تموله الدولة، والاهتمام الجديد بالتغذية الذى تولد عن اكتشاف الفيتامينات. ومن المشوق أن بويد أور نفسه كان يتشكك فى الكثير من الدعاوى التى تُزعم بشأن الفيتامينات وكان يؤيد الرأى بأن المعدنيات لها أهمية تساوى الفيتامينات إن لم تكن أعظم. تآلفت المصالح العلمية والمهنية لتجعل منه البطل المجلى فى صناعة منتجات الألبان البريطانية، ولتجعله خصما بالذات لما كان يعتبر أنه مذاهب صرعات (موضوعات) للطعام، وخاصة مذهب النباتيين. كان بويد أور فى فترة ما بين الحربين المشجع الرئيسى لتوفير لبن المدارس يوميا فى المدارس البريطانية. وأدت به أنشطته إلى أن يؤلف كتابه المشهور "الصحة والدخل والتغذية"، وإلى أن يصبح شخصا مرموقا فى ثلاثينيات القرن العشرين فيما يتعلق بالجدل السياسى الذى يدور حول سوء التغذية.

نفذ بويد أور مهمة جولته الأفريقية فى ١٩٢٥، وكما يمكن التنبؤ به فقد كتب تقريرا بأن المشكلة الرئيسية كانت أن أرض المراعى الأفريقية تنقصها المعدنيات. على أنه استنتج على نحو متفائل أنه يمكن علاج الموقف باستخدام أسمدة فى المراعى ومكملات غذائية للماشية. عندما اقترب وقت نهاية مهمته فى أفريقيا، أنفق بويد أور بعض الوقت مع جون جيلكس رئيس الإدارة الطبية فى كينيا. وأخذا معا على عاتقيهما إجراء مسح عن غذاء وصحة قبيلتين أفريقيتين هما الماساى والكيكُويُو، وكانتا تعيشان متجاورتين إحداهما مع الأخرى، ولكن لكل منهما ثقافات ونظما غذائية تختلف اختلافا كبيرا جدا. فالماساى تعيش أساسا على اللحم ومنتجات الألبان، بينما كان غذاء الكيكويو يكاد يكون نباتيا بالكامل. وبيّن بحث المسح ما كان موضع الظن من قبل، وهو أن أفراد الماساى لديهم بنية جسدية أفضل ويتمتعون بصحة أفضل عن أفراد

الكيكويو. وانبثق من بحث هذا المسح هذا قضيتان، الأولى هى إمكان إجراء دراسات مقارنة عن الطريقة التى يتحتم بها أن تتقرر الصحة والبنية الجسدية حسب الغذاء، والثانية هى حقيقة أن الأفريقيين لهم بنية جسدية ضعيفة، وهم مستهدفون للمرض، وبالتالى فإن قدرتهم على العمل تنقصها الكفاءة.

ظهرت النتائج الأولية الخاصة ببويد أور وجيلكس فى مجلة "لانست" فى مارس ١٩٢٧. كان المقال يشدد أساسا على وضع سوء تغذية السكان المحليين فى أفريقيا، وحقيقة أنهم يعانون من مدى واسع من الأمراض المعدية وأمراض البنية الجسدية. فيما يتعلق ببويد أور خصوصا، كانت البرهنة على أن "الأفريقى من الأهالى... ليس مطلقا (بالمتوحش النبيل) كما كان يُفترض كثيرا". هذه البرهنة كان فيها ما يزوده بذخيرة ضد المذهب النباتى والمزاعم التى تقال عن الأغذية الطبيعية فى المناقشات البريطانية عن التغذية فى عشرينيات القرن. كان الاستنتاج الأساسى المستمد من البحث هو أن السلطات الاستعمارية لو أبدت اهتماما أعظم بالغذاء، فإنها سوف ترتفع بقيمة "الفرد من الأهالى كعامل اقتصادى". على أن هذا البحث كان ينقصه التميز فى أحد جوانبه، ذلك أن كل ما قام به البحث من هذا الجانب أنه نقل إلى المستعمرات نوع أبحاث المسح الغذائية، التى تجرى فى بريطانيا وغيرها من بلاد العالم المتقدم. ومع ذلك كانت الطريقة التى حدث بها ذلك، وحقيقة إنه قد تم حقا حدوثه، أمرا من الأمور الرائعة. قبل هذا المسح كانت كل الشئون الصحية للمستعمرات يتم تناولها من خلال هيئة الخدمات الطبية للمستعمرات، التى كان مذهبها فى التخصص الطبى هو التخصص فى طب المناطق الحارة. كان هذا المذهب فى التخصص قد نشأ وتنامى، وهو ينظر إلى المشاكل المرضية فى المستعمرات على أنها تقتصر تماما على أمراض "المناطق الحارة"، وبالتالى فهى مشاكل دخيلة ؛ وهكذا كان التركيز يقع على الأمراض التى تتولد عن ناقل من الحشرات كالملاريا ومرض النوم، وكذلك على الشئون الصحية العرقية. أما بويد أور فقد تناول بحثه فى شرق أفريقيا على أساس الفروض ذات النزعة الشاملة لعالِم تغذية له توجهه الفيزيولوجى، ودون أن يعتنق الفروض ذات النزعة

الخصوصية لطب المناطق الحارة. بدلا من أن يرى أوجه الاختلاف المعتادة بين أوروبا وأفريقيا بالنسبة لمسببات المرض ومعدل وقوعه، فإنه كان يرى أوجه التشابه فيما بينهما. كان واضحا أن الصورة المتروبوليتانية عن أمراض المناطق الحارة صورة غير صحيحة. فالأسباب الرئيسية للموت فى شرق أفريقيا كانت ما يحدث من كوارث الالتهاب الرئوى والسل المنتشرة عالميا. وأكثر الشكاوى ذيوعا هى تقرحات السيقان والدوزنتاريا، وكان من الواضح أن "السرطان ليس مطلقا من الأمراض النادرة". كان القيام بتحدى طب المناطق الحارة أمرا لا يتصدى له أحد، بل إنه فى أغلب الاحتمال كان مما لا يراه أحد. ولو كان مما قد حدثت رؤيته، لأوجب ذلك أن تعاد بالكامل صياغة شكل طب المناطق الحارة الحالى، أو لعله كان سيُنبذ كاتجاه تخصصى له شرعيته.

قبل أن ينشر هذا كله، بل فى الحقيقة فور عودة بويد أور من أفريقيا، فإنه ناقش مغزى بحثه مع لورد بلفور وليوبولد أمرى، وذلك بوساطة من صديقه والتر إيليوت الذى كان أحد أعضاء الحكومة. وكانت النتيجة هى أن تشكلت من (ل. أ. م) لجنة فرعية جديدة لعلم التغذية تتضمن أعضاء مشهورين من أبرز علماء بريطانيا فى علم التغذية. وكانت المهمة الموكولة لهذه اللجنة الفرعية هى إجراء أبحاث فى علم التغذية بصفة عامة وليس فى أفريقيا فحسب. كان من المعتقد أن "معامل المستعمرات" ستتوافر فيها ظروف ممتازة لأبحاث من التغذية المقارنة لها أهميتها الإمبريالية. طرح بويد أور فى أول اجتماع برنامجا لمزيد من الأبحاث فى كينيا تتضمن التحليل الكيميائى لمواد الطعام المحلية، وتجارب على الحصص المخصصة لقوى العمل، ودراسة عن العوامل المسببة لقرح السيقان لاستكشاف دور سوء التغذية كسبب لها، وبحث مسح كامل لصحة وغذاء الماساى والكيكويو. كما أعلن أيضا أن جيلكس قد وافق بالفعل على استضافة الأبحاث وسوف يقوم مجلس التسويق بالإمبراطورية بتوفير منحة لذلك. تحدث كل أعضاء اللجنة الفرعية عن الاقتراح المطروح بحماس، وإن كان بعضهم قد

تشكك فى مدى موضوعية بويد أور فيما يتعلق بالقيمة النسبية للمعدنيات إزاء الفيتامينات. سرعان ما عين باحثان ونزلا إلى الميدان فى الشهور الأولى من ١٩٢٧ واستمر بحثهما طيلة أربع سنوات ونشره مجلس الأبحاث الطبية فى ١٩٣١.

أعيد فى هذا البحث ذكر الإحصائيات التى ظهرت فى النتائج الأولية لبويد أور وجيلكس، فى ١٩٢٧ عن المعدلات الأفريقية للوفاة والمرض، مع توسيعها فى الفقرات الافتتاحية من التقرير النهائى لسنة ١٩٣١، إلا أن معظم مادة التقرير كانت تركز على البحث الجديد فى التغذية كعامل تحديد حتمى للحالة الصحية والبنية الجسدية. وكانت هذه النتائج الأخيرة هى التى جذبت معظم الاهتمام المعاصر آنذاك والتى ما زالت يستشهد بها حتى الآن، كبحث يعد من أوضح البراهين على الحتمية الغذائية. الحقيقة أن تأثير هذه الأبحاث كان قويا خصوصا بالنسبة لعلم الأنثروبولوجيا، حيث حفزت لإجراء أبحاث على التأثيرات الاجتماعية والثقافية للتغذية ودلالاتها. كان مما يجادل به أيضا أن النتائج قد بينت أهمية الغذاء المتوازن، ذلك أنه على الرغم من أن أفراد الماساى كانوا أطول قامة وأثقل وزنا وأكثر صحة عن أفراد الكيكويو، فإنهم مع ذلك تظهر عليهم أنماط معينة من الأمراض يبدو أنها مرتبطة بالغذاء. أسهمت هذه النتائج إسهاما مباشرا فى المناقشات البريطانية عن الأبحاث الغذائية وسياسة العمل بالنسبة للطعام، والتى كانت منذ اكتشاف الفيتامينات تركز فى تأكيدها على أمراض خاصة بأوجه للنقص فى الغذاء وعلى علاجها بالمكملات الغذائية. إذا كان التقرير قد استُقبل على أنه أساسا إسهام فى علم التغذية، فإن هذا أدى إلى التعتيم على أن التقرير قد أثبت أيضا النتائج السابقة، وهى "أن قلة التغذية أو سوء التغذية أو هما معا فى أكثر الاحتمال، قد يحدثان بدرجات ملحوظة بين قبائل الأهالى". بالإضافة إلى ذلك فإن التقرير ينتهى بأن يطرح أن "المشكلة لا تقتصر على كينيا. يبدو أنها موجودة فى مناطق كثيرة مختلفة فى أملاكنا فى المناطق الحارة. وبالتالى، فإنه يمكننا أن نحكم... بأن فقدان الصحة والكفاءة الذى يرجع إلى نقص التغذية له أهميته الاقتصادية بما له اعتباره.

على الرغم من أن التقرير النهائى قد أوصى بمزيد من الأبحاث فى أفريقيا، وكذلك أيضا فى أماكن أخرى، فإن هذا لم يتم. ففى وقت نشر التقرير فى ١٩٣١ حل محل (ل. أ. م) ما سمى بالمجلس الاستشارى الاقتصادى (م. أ. أ) الذى كان أقل نشاطا وأقل تدخلا من (ل. أ. م)، كما أن مجلس التسويق بالإمبراطورية كان على وشك أن يُصفَّى. وهذان التغيران كانا فى النهاية قد نتجا معا عن الركود الاقتصادى الذى أصاب البحث الطبى والعلمى بضرر شديد، يماثل ما أصاب اى مجال آخر من الأنشطة الحكومية. عندما بدأ البحث فى ١٩٢٥، كان ثمة اهتمام كبير بالإمكانات الاقتصادية فى شرق أفريقيا وفى مستعمرات الإمبراطورية عموما. أما بعد ١٩٢٩ فكانت النظرة الاستشرافية أقل تفاؤلا. ربما يبدو أن تأسيس (صندوق تنمية المستعمرات) فى تلك السنة فيه تناقض مع هذا الرأى، حيث إن هذا الصندوق قد طرح على أنه وسيلة لحفز النشاط الاقتصادى فى المستعمرات وزيادة التجارة البينية فى الإمبراطورية. على أن الصندوق فى أحسن الأحوال لم يكن إلا إجراء ينقصه الحماس القلبى، وكان يغلب عليه فى الواقع أنه إجراء دفاعى قد صمم لتخفيف أسوأ آثار الركود الاقتصادى عن بريطانيا، بأكثر من أن يكون إجراء لحفز تنمية المستعمرات. يبدو أن الحكومة البريطانية، ومعها فى هذا الشأن خبراء التغذية والعلوم الطبية الذين يتخذون قاعدتهم فى بريطانيا، قد نسوا كل ما يدور حول قضية التغذية فى المستعمرات، حتى فرضت القضية نفسها عليهم ثانية، بعد ذلك بعدة سنوات، بواسطة أبحاث قسم الصحة فى عصبة الأمم(*).

الإدراك

فى ١٩٣٣ نظرت كل الجمعية العامة لعصبة الأمم أمر "تقرير عن التغذية والصحة العامة". وكان التقرير يجمع معا نتائج أبحاث المسح الغذائية التى أجريت فى العقد

(*) الهيئة الدولية التى أنشئت بعد الحرب العالمية الأولى، وتماثلها حاليا هيئة الأمم المتحدة. (المترجم).

الماضى فى بلاد من أعضاء العصبة، وبناء على قوة ما جمع من الأدلة جادل التقرير بأن التغذية لابد أن تصبح جزءا متكاملا من سياسة عمل الصحة العامة وإدارتها. كان فيما أثير من الدعاوى إشارة لما يوشك أن يحدث من بزوغ التغذية كعلم مستقل بذاته، وبينت هذه الدعاوى وجود بعض أفراد يدور تفكيرهم حول الفرص المهنية الجديدة بالنسبة للتغذية وهى موجودة داخل الصحة العامة. على أن الهوية المهنية "لعلماء التغذية" ومجال ولائهم لم يكونا قط من الأمور الواضحة، حيث كان مما ينادى به أن هذا الموضوع "مشكلة اقتصادية وزراعية وصناعية وتجارية، بمثل ما هو مشكلة فيزيولوجية". من الواضح أن التغذية كانت على المستوى الثقافى تتصف بأنها من العلوم البينية، فتضم معا المجالات السابقة هى وغيرها. أما على المستوى العملى والسياسى فإن التغذية ترتبط ارتباطا معقدا بالاهتمامات الاقتصادية والمصالح السياسية، بحيث إن فكرة وجود خبراء مهنيين بلا مصالح كانت دائما موضع التشكك. على أنه كان يفترض أنه فى المستقبل القريب سيكون معظم العاملين فى مجال التغذية مرتبطين بعلوم الطب والصحة العامة، وهو افتراض ثبت فى النهاية أنه خطأ.

كُرس الجزء الثالث من تقرير عصبة الأمم لما تعيَّن على أنه "المشكلة الجديدة" للتغذية فى المستعمرات، والنتيجة بأن "من الواضح الآن أن سكان المستعمرات عموما يعانون من قلة التغذية". دلالة الوثيقة كلها هى أن هذا الوضع كان دائما موجودا بسبب التأخر والجهل، إلا أنه قد تكشف مؤخرا بواسطة ثلاثة تغيرات. الأول بالطبع هو "المعارف الجديدة" عن التغذية، والثانى، التوسع التدريجى فى أداء الخدمات الطبية بالمستعمرات بالنسبة للسكان المحليين. وأخيرا، فقد استفاد التقرير من عدد من أبحاث المسح عن الوضع الغذائى لسكان معينين فى المستعمرات، وهى أبحاث قد أوحت بها أبحاث بويد أور وجيلكس، فصيغت على مثالها، وتم تنفيذها فى مستعمرات أخرى بريطانية وأوروبية. هناك قدر من الصواب فى كل من هذه التفسيرات، ولكن عدد أبحاث المسح التى نادى تقرير العصبة على أساسها بأن المشاكل الغذائية فى

المستعمرات تعد شاملة وخطيرة، كان عددا ليس بالكبير. وينبغى كذلك أن نتذكر أن التقارير المكتوبة من المستعمرات لم تكن تتحدث عن سوء التغذية وإنما عن نقص التغذية، وأن إدراك ذلك لم يكن يعتمد على التقدم الحديث فى التغذية.

كانت هناك اعتبارات أخرى تزيد من صعوبة أى زعم بأن هناك تطبيقا مباشرا للمعارف الجديدة، للكشف عن مشكلة خفية، وإن كانت ذات عمر طويل. فقد ظلت المعلومات عن صحة وتغذية الأهالى المحليين متاحة طيلة عقود كثيرة من السنين، ومكدسة فى الإحصاءات الحيوية وتقارير العمل وبيانات التجنيد للجيش والتقارير الطبية السنوية، وسجلات المستشفيات، والتقارير الطبية لإرساليات التبشير، وتقارير المسح الطبى المبكرة (عن معدل وفيات الأطفال مثلا). على أن هذه البيانات لم تستخدم أى استخدام منهجى إلا بعد استرجاعها وإعادة استخدامها فى أبحاث المسح "الجديدة" فى ثلاثينيات القرن. الحقيقة هى أن الدراسات الكينية كانت على وجه الدقة تتخذ مصادر من هذا النوع كأساس لمزاعمها عن مدى اتساع وخطورة المشكلة الغذائية ككل فى المستعمرات. من الجدير بالملاحظة أيضا أن "العمل فى المستعمرات"، ظل لزمن طويل مصدرا مهما للمعرفة بالنسبة لأمراض نقص التغذية. وكانت خبرة أفراد الهيئة الطبية فى المستعمرات بالأغذية الخاصة المختلفة والأغذية التى تخصص فى حصص، قد أدت إلى تنفيذ أبحاث رائدة، خاصة فى مستعمرات الشرق الأقصى (مثل بحث إيجكمان فى جزر الهند الشرقية الهولندية، وبحث فلتشر وستانتون وفريزر فى ولايات الملايو الفيدرالية والتى كانت كلها أبحاثا عن مرض البرى برى). هناك أبحاث أكثر شهرة أجريت فى الهند عن الأغذية فى السجون والثكنات وأغذية المعونة للمجاعات، وهى أبحاث وصلت ذروتها فى العشرينيات بالدراسات الشهيرة التى أجراها روبرت ماك كاريسون. أما مرجريت يملانبى فقد أجرت بحثا رائدا فى الثلاثينيات عن علاقة التغذية بتسوس الأسنان فى كينيا. من الواضح أن تيار المعرفة لم يكن يسرى كاتجاه واحد من المركز للأطراف، كما أن الأمر أيضا لم يكن أن ثمة بحثا "خالصا" يطبق لاغير على المشاكل الغذائية.

الحقيقة أنه كان يوجد بين الأطباء في المستعمرات وجهة نظر متميزة عن المشاكل الغذائية. فكانوا يجادلون وهم يتبعون مثل ماك كاريسون، بأن العلماء الأوروبيين يهتمون أكثر من اللازم بأمراض معينة لنقص الأغذية في حين يحدث إهمال لما للتغذية من تأثيرات عامة. فالأطباء في المستعمرات كانوا يهتمون خصوصا بأن يعرفوا كيف تؤدي قلة الغذاء عموما إلى زيادة "الاستهداف للعدوى" وإلى "قلة القوى الحيوية". السبب في أن هذا كان جد ضروري وقتها، أمر فيه تخمين. فمن الممكن أن ذلك كان يعكس ما لهم من خبرة بقلة التغذية تفوق وتعلو على الخبرة الأوروبية بسوء التغذية، وهي الخبرة الأكثر شيوعا. وقد حدث في وقت مبكر يرجع إلى ١٩٣٢، أن علق أعضاء مؤتمر مشترك لأطباء من الهند وأفريقيا على احتمال أن تكون ممارسة الطب في المستعمرات أمرا بلا جدوى، فقالوا:

> **"عندما يعاني السكان من قلة الغذاء... فإن معالجة الأمراض وحدها لن تؤدي إلا لنتائج لا تذكر مهما كان العلاج فعالا وينفذ على نطاق واسع. فما يلزم هنا أولا هو الإمداد المستمر بطعام كاف ومتوازن للفرد من الأهالي حتى يقاوم العدوى، ويلي ذلك أنه يلزم تحسين الإسكان. وكلا الجانبين يعتمد على الوضع الاقتصادي للمجمع".**

كان ذلك الاجتماع واحدا من أول الاجتماعات لمؤتمرات عديدة بين مناطق مختلفة بدأت في العشرينيات من القرن، وأتاحت لأفراد الهيئات الوظيفية المختلفة في المستعمرات أن يتبادلوا الخبرات، وربما أتاحت لهم أيضا أن تنشأ لديهم وجهة نظر جماعية متميزة بشأن مشاكل المستعمرات. لا ريب في أن ابتعاد أطباء المستعمرات، جغرافيا وكذلك مهنيا، عن التأثير المتزايد لطب المعامل في أوروبا قد يساعد على تفسير السبب، في أنه قد استمر لديهم مفهوم للتغذية أكثر اتصافا بالكلية وأكثر انتماء لعلم الصحة. وهكذا نجد في ورقة بحث حديثة أن سميث ونيكلسون قد ربطا بين اتجاه مماثل لذلك، من حيث نزعته ضد الاختزالية عند مجموعة من علماء التغذية في

جلاسجو (باتون وفينلاى وكاثكارت)، وبين القيم الاجتماعية المحافظة عند نخبة من الإكلينيكيين كانت نشأة طب المعامل تهددهم مهنيا، كما كانت هناك تغيرات سياسية ذات مدى أوسع تهدد استقلالهم الذاتى. ليس من الصعوبة أن نعثر على الأمثلة الموازية لموقف أطباء المستعمرات. كان التقدم فى الطب المعملى وما له من تكنيكات جديدة أمرا لا علاقة له بممارسة الطب فى المستعمرات، خاصة بالنسبة لأطباء الأقاليم الذين يعملون "فى داخلية البلاد". لعل ما حدث من تخفيض للتوظيف فى أوائل ثلاثينيات القرن كان مما زاد الوضع تفاقما، حيث أصبح الموظفون الذين ظلوا موجودين أكبر سنا وممن تدربوا فى عهد طبى قديم. وفوق كل هذا، فإن الثلاثينيات من القرن قد شهدت نموا متزايدا لأوجه من التحدى للحكم الاستعمارى، كانت تتضمن هجوما على الخدمات التقنية.

هذا وقد حدث على نحو فريد أن الحكومة البريطانية لم تنظر إلى تقرير عصبة الأمم كله بلغة من الطب أو الصحة العامة، وإنما نظرت اليه فى السياق الاقتصادى الواضح للكساد العالمى. ويلخص لورد أستور، الذى أصبح رئيس (لجنة العصبة لمشكلة التغذية) فى ١٩٣٥، يلخص هذا الرأى كالتالى:

"إن الاهتمام الزائد الذى أبدته الجمعية العامة الأخيرة بالتغذية يرجع أول كل

> **شئ إلى إدراك أن هناك مكانا لإجراء تحسينات كبيرة فى الصحة العامة، وللإصلاح الاجتماعى من خلال التغذية: ولكن... الاهتمام الذى أبدى يرجع أيضا إلى حقيقة أنه من خلال تحسين التغذية ينبغى أن يصبح من الممكن الإسهام أولا فى حل المشاكل الزراعية القومية والدولية، وثانيا الإسهام فى تحسين الوضع الاقتصادى فى العالم".**

الأمر فى أبسط أحواله أنه ليبدو من غير المعقول أن تتزايد الأدلة على أن العالم يعانى من الجوع فى وقت توجد فيه فوائض زراعية. وبالتالى، فإن عصبة الأمم هى والمجموعات والأفراد من ذوى التوجه العلمى كانوا ينشدون وضع خطة لنظام زراعى

جديد للعالم. كان من نتائج هذا الاهتمام أن صدر تقرير للعصبة فى ١٩٣٧ عن "العلاقة بين الصحة والزراعة والسياسة الاقتصادية"، و"خطة طعام العالم ١٩٣٨"، وكذلك نشأت منظمة الطعام والزراعة بالأمم المتحدة التى تشكلت فى ١٩٤٤. وفيما يتعلق بإدارة مستعمرات الإمبراطورية البريطانية، فإن تأثيرات الكساد كانت أكثر تعقدا. سبق أن طرح أن الحكومة حاولت استخدام المستعمرات لتخفيف تأثير الركود، وذلك بأن بادرت باقتراحات لربط اقتصاديات الإمبراطورية ربطا أوثق ببريطانيا - كما فى إنشاء صندوق تمويل تنمية المستعمرات، ووضع الأفضلية الإمبريالى فى ١٩٣٢. على أن المستعمرات كانت فى نفس الوقت بصفتها كمنتج أولى، قد ضُربت بشدة بانخفاض أسعار السلع وما ترتب عليه من انخفاض فى الدخل، ولهذا فإنها لم تكن فى موقف طيب يتيح لها دفع الضرر ماليا عن بريطانيا. بينما كان يدور حديث كثير عن "التنمية" كان الواقع أنه يوجد ركود اقتصادى فى معظم المستعمرات بل وحتى تراجع فى مستوى المعيشة. هذه الصعوبات الاقتصادية هى والاضطراب السياسى وما نشأ عنهما من حركات الاستقلال الحديثة الولادة، هذا كله كان يعنى أن مشاكل المستعمرات لها تأثيرها الضاغط بأكبر مما يمكن تجاهله. بالإضافة إلى ذلك، كان على الحكومة أن تجابه نقدا من عدد متزايد من المثقفين الذين يحاجون بأن المسئوليات الامبريالية قد أهمل أمرها، وليس هذا فحسب، بل إنها أيضا لا تحظى بالفهم، ويمكن أن نضرب مثلا لهذه الهموم الشاغلة بنزعة الهيمنة الأبوية الجديدة، التى ظهرت فى مبادرات مثل بحث لورد هايلى "مسح أفريقيا"، وكذلك المسح العلمى المكمل الذى أخذه على عاتقه أ. ب. هيذر نجتون.

وبالتالى، فإن الحكومة البريطانية إذا كانت قد دفعت إلى اتخاذ إجراء بواسطة عصبة الأمم، فإنها عندما بدأت رسميا تعالج مسألة التغذية فى المستعمرات عرفت القضية من حيث بناؤها، على أنها قضية تنمية زراعية واقتصادية، بأولى من أن تكون قضية خدمات طبية وصحة عامة. صدرت فى ١٩٣٦ رسالة دورية تعلن أن مسحا ضخما لسوء التغذية فى المستعمرات، سيجرى تنظيمه بواسطة لجنة فرعية من لجنة

(م. أ. أ). وطلبت الرسالة الدورية من حكومات المستعمرات، أولا أن توفر المعلومات عن وضع التغذية بالنسبة لسكانها المحليين، وثانيا أن تستكشف سياسات العمل الزراعية بقصد التوصل إلى توازن أفضل بين المحاصيل التصديرية ومحاصيل الطعام المحلية، لأن "زيادة الاهتمام بالاحتياجات الغذائية قد تؤدى أيضا إلى أن تخفف كثيرا... من حدة المشاكل الاقتصادية".

الحلـول

اجتمعت لجنة (م. أ. أ) لشئون التغذية فى مستعمرات الإمبراطورية أربع مرات فقط، فيما بين تشكيلها فى ١٩٣٦ وإعلان تقريرها النهائى فى ١٩٣٩. وحولت الجوانب العلمية من المشكلة إلى خبراء فى لجنة فرعية للأبحاث، بينما عهد إلى سكرتارية اللجنة بفحص الإجابات عن رسالة ١٩٣٦ الدورية وكتابة مسودة التقرير. أدى بحث اللجنة الفرعية للأبحاث إلى إقرار الاستنتاجات السابقة، بأنه لا توجد فروق أساسية بين فيزيولوجيا (وظائف أعضاء) أعراق المناطق الحارة وفيزيولوجيا الأوروبيين، وجادل البحث بأن المطلوب الآن هو أبحاث المسح الميدانية بدلا من الأبحاث المعملية. ونصح أعضاء اللجنة بأن وضع شروط "للغذاء المثالى" أمر فيه مضيعة للوقت، لأن الغذاء المتوسط فى بلاد المناطق الحارة فى الظروف الحالية "يقل كثيرا عن الغذاء المثالى". وكان هناك المزيد والمزيد من الأدلة التى تدعم هذا الرأى وتصل إلى اللجنة الرئيسية شهرا بشهر، كردود على وصول الرسالة الدورية لوزير الداخلية.

استجابت كل مستعمرة بطريقة مختلفة إلى طلب المعلومات منها. وكان الأكثر شيوعا هو أن يقوم بكتابة هذه التقارير مدير الخدمات الطبية أو هيئة الخدمات الزراعية، وإن كان هناك تقارير قد كتبت فى بعض الحالات بواسطة هيئات تشريعية محلية، أو لجان تغذية محلية ألفت خصيصا لهذا الغرض. تم فى مستعمرات قليلة إجراء أبحاث مسح ميدانية جديدة، ولكن الاتجاه الرئيسى كان بأن يتم الاعتماد على

الوثائق الموجودة من قبل وعلى "خبرة " الموظفين المحليين. فى ترينيداد مثلا عين الحاكم مجموعة لها صفة تمثيلية اعتمد تقريرها على الإحصاءات الحيوية المحلية، وعلى مسح غذائى جديد محدود، وعلى التقارير الطبية والاستخبارات الاقتصادية. كان جزء كبير من الأدلة التى جمعت يبين أن هناك جهلا بعلم التغذية بين السكان المحليين، ويبين حقيقة أن أغذية الأهالى كانت سيئة التوازن، على أنه لم يكن هناك مفر من استنتاج أن المشكلة تتجاوز علم التغذية.

"على لجنة (م. أ. أ) أن تواجه أيضا مشكلة نقص الغذاء التى ترجع عادة إلى الفقر، وإن كانت أحيانا نتيجة الجهل. والفقر يعد أساسا مسألة اقتصادية يتجاوز مداها ما يمكن للجنة أن تتناوله".

أبدى حاكم أنتيجو هذا الرأى نفسه، فكتب مستشهدا بكبير أطبائه أن "العامل الرئيسى فى أنتيجوا هو العامل الاقتصادى... وقد أجريت بحثا على حالات عديدة من سوء التغذية فى الأطفال، وعمليا فقد وجدت فى كل حالة أن السبب هو الفقر. فالآباء ليس لديهم القدرة على شراء الطعام". وأتت رسائل مماثلة من غرب أفريقيا ومن الشرق الأقصى. بينت تقارير غرب أفريقيا وجود أدلة على تدهور صحة الأهالى منذ القرن التاسع عشر، وفى حالة سيراليون ربط ذلك مباشرة مع "نقص فى رعاية الحيوانات" وتزايد سوء التغذية. أما مدير المصلحة الطبية فى ساحل الذهب فيبدو أنه يربط الأمر ربطا مباشرا مع النتائج المترتبة على اقتصاد المستعمرة الموجه للتصدير.

> **كُرس الكثير من الاهتمام للكاكاو وصناعات التعدين بحيث تعرضت إحدى الحقائق للإهمال، وهى أن معظم السكان مزارعون بسطاء فى القرى يعيشون أساسا على الطعام الذى يتم إنتاجه فى مزارعهم. وبالتالى فإن أى مراقب لسير الأمور لا يمكن إلا أن يلفت نظره وجود الحاجة إلى المحافظة على الغابات وإجراء الإصلاحات للنظام الحالى المشرف للزراعة المتنقلة، وذلك**

بتعليم المزارعين بطرائق الإنتاج المكثف والقيمة الغذائية النسبية لمحاصيلهم".

وأتت من موريشيوس إفادة بأنه:

"ثمة انطباع منتشر بين الكثيرين من الموظفين بأن عمال الحقول حاليا هم على نحو حاسم أقل قوة من العمال منذ جيل سابق أو أكثر، وأن كمية العمل التى يتم أداؤها أصغر مما قبل. ويدعم من هذا الانطباع رأى (المشرف على حماية المهاجرين)، و(مفوض قانون الفقراء)".

أما شرق أفريقيا فكان الجهة الوحيدة التى أتت منها إجابات تطرح أن المشكلة الأساسية هى سوء التغذية وليست نقص التغذية، وهو ما يعكس بلا ريب نتائج أبحاث مسح بويد أور. التقرير الآخر الوحيد الذى برز ظاهرا، تقرير من سيلان، حيث كان من المعتقد فيه أن زيادة السكان المفرطة وطول العهد بتأخر الشعوب فى المستعمرات هما السبب الرئيسى للمشاكل الغذائية. إلا أن معظم الأدلة من كل المستعمرات الأخرى تطرح بالفعل أن المشاكل الغذائية الخطيرة أصلها حديث. فكان المفهوم العام هو أن صحة الناس قد تدهورت فى الزمن الحديث.

فى مارس ١٩٣٨ جهزت السكرتارية مسودة تقرير على أساس الأدلة التى تجمعت عبر ثمانية عشر شهرا ووزعت هذه المسودة دوريا. وكانت مسودة التقرير أساسا تتبع بأمانة استنتاجات التقارير المحلية، فحددت أن الفقر ثم الجهل هما السببان الرئيسيان لسوء التغذية فى المستعمرات. وكان الرأى أن الفقر ناتج عن عدم الكفاية فى إنتاج محاصيل الطعام، وعن الأجور المنخفضة وقلة المحاصيل، وعن أن المستعمرات تتلقى عائدا غير كاف مقابل محاصيلها التصديرية. والجهل هنا لا يعزى إلى السكان من الأهالى، وإنما يعزى إلى "أصحاب الصفة الرسمية فى الحكومة وأولئك الذين لديهم سلطة التحكم فى تغذية الآخرين، مثل أصحاب العمل ورجال

الإرساليات والمدرسين". وبمعنى ما، فإن هذا التقرير يمكن فهمه على أنه اتهام للسياسة فى المستعمرات وللمذهب الاستعمارى نفسه. لاريب أن تحليل التقرير يتطابق مع ما عرّفه هيذرنجتون على أنه "المشكلة الاستعمارية":

> **"(إن هذا) يختص بالمشاكل العامة للتنمية، وبمحاولة توفير بعض نوع من الإرشاد إلى الحلول. (إنه) يؤكد على أن مصالح السكان من الأهالى لها الأولوية، ويتعامل مع مشاكل مثل تراكم رأس المال الداخلى، ومنع استنزاف الثروة من المستعمرات بغير ضرورة، والمشاكل المرتبطة بالتوازن الصحيح بين الإنتاج الزراعى للاستهلاك فى الوطن والإنتاج الزراعى للتصدير".**

لم يكن من غير الشائع فى أواخر الثلاثينيات أن تصدر انتقادات للسياسة الاستعمارية حتى من الهيئات الرسمية. من ذلك مثلا أن نتائج المفوضية الملكية بالهند الغربية كانت جد مثيرة للخلاف حتى أن نشرها أُخّر من ١٩٣٩ حتى ١٩٤٥. وكانت أودرى ريتشاردز قد لخصت فى ١٩٣٩ آراء الكثيرين من علماء أفريقيا، عندما كتبت أن تغذية وصحة شعوب المستعمرات "قد تدهورت بالاحتكاك بمدنية البيض وليس العكس". وبالنسبة لها هى على الأقل، فإن سوء التغذية فى المستعمرات يعد وباء حديثا.

على أن مسودة التقرير ينبغى أن تفهم، ليس على أنها فى "حد ذاتها" نقد للمذهب الاستعمارى، وإنما أن تفهم بأكثر على أن سياسات المستعمرات لم تكن ناجحة كما ينبغى أن تكون، بل إنها يمكن أن تسبب لنفسها هزيمة ذاتية. كما أشارت معظم التقارير المحلية إلى التأثيرات الشديدة بوجه خاص التى أحدثها الركود العالمى فى المستعمرات وشعوبها. فقد تضررت مصادر الدخل المحلى بهبوط التجارة، وفُرضت تخفيضات فى الإنفاق على الشركات المحلية كما خفضت الخدمات فى المستعمرات بما فى ذلك الخدمات الطبية. يُنظر فى مسودة التقرير إلى السكان المحليين على أنهم سلبيون تماما، ولا يعطون أى دور فى تحسين الأحوال، ويبدو ضمنا أن المسودة فيها

محاجة بأن مشاكل التغذية ليست من صنعتهم. كما تطرح المسودة أنه حتى "الجهل" يعد من الأمور التى ينبغى أن تعالجها السلطات الاستعمارية. أنشئ تركيب لمشكلة سوء التغذية فى المستعمرات، على أنها مشكلة للهيئات الوظيفية الاستعمارية التى تتطلب سياسات عمل وبرامج جديدة. كما قيل إن السياسات الموجودة فيها سوء معلومات، كما أنها غير فعالة، ومضادة للإنتاج. تعكس التعليقات التى من هذا النوع المخاوف التى كان يعبر عنها خبراء الزراعة فى المستعمرات، بشأن النتائج الاقتصادية والإيكولوجية(*) للزراعة ذات المحصول الواحد والزراعة المتنقلة(**)، والحقيقة أنه قد حدث بين الحربين تحول فى علم زراعة المناطق الحارة فى المستعمرات، وبدلاً من أن يكون نهج توجهه للإنبات يتأسس على المحصول، أصبح نهجا ينشغل بالمنظومات الزراعية الأوسع نطاقاً، ويشمل معا الطعام والمحاصيل النقدية. كانت سياسة العمل المفضلة عند علماء زراعة المستعمرات تبين مرة أخرى انهيار خصوصية المناطق الحارة، حيث كانت هذه السياسة هى أن يتم فى المستعمرات إدخال ما وجد وقتها من الممارسات البريطانية السائدة، من "الزراعة المختلطة"(***) و"التسميد الأخضر(****)". الحقيقة أن علماء زراعة المستعمرات هم أساسا الذين ربطوا بين سوء التغذية والنمو السكانى، ولكن حتى ذلك الوقت كان النمو السكانى يعد اتجاها بازغا بدلا من أن يكون سببا للمشاكل الموجودة. كما أن هؤلاء العلماء كانوا دائما

(*) الإيكولوجيا فرع علم الأحياء الذى يدرس العلاقة بين الكائنات الحية وبيئتها. (المترجم)

(**) الزراعة المتنقلة نظام لزراعة الأراضى حيث تعد مساحة من الأرض للزراعة ويستمر ذلك حتى تستنفد التربة خصوبتها فتهجر هذه المساحة إلى مساحة أخرى. (المترجم)

(***) الزراعة المختلطة تكون فى المزارع التى تعمل معا على تنمية المحاصيل وتربية الماشية. (المترجم)

(****) التسميد الأخضر هو زراعة أحد المحاصيل ليستخدم كسماد أخضر بحفره فى التربة ليكون سمادا لمحصول آخر يزرع بعده.(المترجم).

يربطون النمو السكانى بتآكل التربة، لينتج عن ذلك تحليل فيه تهديد لأى إصلاح فى المستقبل للزراعة فى المستعمرات، وذلك معا بسبب العرض (فقدان الأرض) والطلب (النمو السكانى).

وافق معظم أعضاء اللجنة الرئيسية على مسودة التقرير. على أن رد فعل أحد الأعضاء، وهو البروفيسور ن. ف. هول، قد أدى إلى تغيير رئيسى بإعادة كتابة وتنظيم الوثيقة. عارض هول تشديد الوثيقة على انخفاض المستوى الاقتصادى فى المستعمرات، وجادل بأنه ينبغى تنمية محاصيل الطعام على حساب المحاصيل النقدية وغيرها من الصادرات. ونادى بأن أى تحركات مما يمكن أن ينظر إليها على أنها تجعل الإنتاج فى المستعمرات أكثر تكلفة، أو تقلل من كونه متاحا للناس أو تؤدى إلى الحالين معا، هى تحركات ستكون بمنزلة "ديناميت سياسى". واقترح أنه بدلا من ذلك، فإن التقرير كله ينبغى أن يبذل قدرا أكبر كثيرا فى العناية بأمور الغذاء والتغذية. "إن الوضع المعرفى بالنسبة للقضايا الاقتصادية المتضمنة، هو فيما أعتقد أقل بما له اعتباره عن الوضع المعرفى بالنسبة للخواص المفيدة لأنواع معينة من مواد الطعام". وكانت هناك نتيجة عارضة، وإن كانت بلا ريب نتيجة مقصودة، لهذا التغيير فى الناحية التى يشدد عليها التقرير، وهذه النتيجة هى أن لهجة التقرير تحولت من لهجة متشائمة إلى لهجة متفائلة. وتراجع التشديد على المشاكل البنيوية الصعبة العلاج، ليفسح المكان لفكرة أنه يمكن حل المشاكل بإجراءات عملية معروفة تستطيع الحكومة أن تعمل على إدخالها.

استغرقت إعادة كتابة التقرير حوالى السنة وكانت التغييرات التى جرت فيه تغييرات جوهرية. ظلت المحاجة الرئيسية فيه أن انخفاض مستوى المعيشة مع الجهل هما فى الجذر من المشكلة، إلا أن النقطة السابقة لم تطرح بنفس القوة التى طرحت بها من قبل. ونوقشت الأسباب الآن بطريقة أقرب لأن تكون طريقة أكاديمية وذلك فى قسم من التقرير كان عنوانه "الصفة العامة للمشكلة"، وذلك بدلا من القسم الأصلى الأكثر مباشرة، والذى كان عنوانه "أسباب سوء التغذية والإجراءات العملية للخلاص

منها"، وكان التقرير النهائى على وجه أكثر عمومية متضخما بأقسام كبيرة جديدة عن موضوعات غذائية، مثل "الإضافات المرغوبة لأغذية المستعمرات"، و"جنى الأغذية وحفظها وتخزينها ومعالجتها وطهوها" و"شراء مواد الطعام". ولا ريب فى أن اللجنة تلقت المشورة عن الأغذية المثلى من لجنة وزارة الصحة الاستشارية للتغذية، وأوصى فى النهاية بتطبيق ذلك فى المستعمرات، بالرغم من حقيقة أن خبراء لجنة الأبحاث الفرعية التابعة للجنة الرئيسية نفسها، قد ذكروا أن هذه المعايير لا علاقة لها بالمستعمرات.

كانت نسختا التقرير قد عُرِّف فيهما معا سوء التغذية فى المستعمرات على أنه أساسا مشكلة زراعية. وقد طرح الأمر فى المسودة الأولى على أنه من شئون الاقتصاد السياسى، أما فى النسخة الثانية فإنه أمر من شئون "تعليم الأهالى". وصور الأهالى هنا على أنهم قد وقعوا فى قبضة دائرة مفرغة من الجهل والفقر والمرض. والمرض تعالج أمره الخدمات الطبية، والفقر يعتمد على قوى الاقتصاد العالمى، وبالتالى فإن ذلك يبقى لنا الجهل على أنه المجال الوحيد الذى يمكن أن تتخذ فيه توصيات ذات شأن. وكما يكشف لنا تحليل التقرير، فإن هناك تزايدا فى التأكيد على أن الجهل هو السبب الجذرى للفقر والمرض، وهو النقطة التى يمكن عندها كسر الدائرة المفرغة على نحو فعال أقصى الفعالية. فإذا عرف الناس ماذا يزرعون وكيف يزرعونه وماذا يأكلون وكيف يطهونه، فسوف يقل الفقر عندها، وبالتالى يقل المرض. من الذى سيوجه "الأهالى الجهلة" إلى إتقان الممارسات الزراعية والغذائية؟ كيف، أنها نفس الهيئات الوظيفية فى المستعمرات التى أدانتها مسودة التقرير لجهلها! وعموما فإن مشكلة سوء التغذية فى المستعمرات أصبحت مشكلة ينظر إليها على أنها يمكن حلها، بحشد الخبراء المناسبين وبالتعاون بين الخبراء الغذائيين وعلماء الزراعة والأطباء والأنثروبولوجيين والمدرسين والاقتصاديين. وباختصار، فإن التغذية تحولت من مشكلة يتم تصور مفهومها كمشكلة بنيوية أساسا، لتصبح مشكلة يتم تصور مفهومها كمشكلة تقنية.

الاستنتاج

عندما تم فى النهاية نشر التقرير عن التغذية فى "مستعمرات الإمبراطورية" فى يوليو ١٩٣٩، لم يجذب التقرير إلا أقل الانتباه مهنيا أو جماهيريا أو سياسيا. كان هذا فى جزء منه فقط نتيجة لما حدث من إضعاف لقوة استنتاجاته فى أثناء تسويده. بحلول ذلك الوقت كان التقرير لا يذكر أى شئ جديد. ذلك أنه بعد ١٩٣٦ نوقشت مشكلة التغذية فى مستعمرات الإمبراطورية نقاشا واسعا فى دوائر المستعمرات، وفى المجلات الطبية والزراعية. على أن السبب الرئيسى لتجاهل التقرير هو فى الغالب المؤكد ظهور الأزمة السياسة فى أوروبا، وظهور الرأى بأن أى مسألة تتعلق بتنمية المستعمرات عليها الآن أن تنتظر نتيجة الصراع الوشيك.

من الممكن أن نجد فى التقرير أدلة تدعم كل تفسير من التفسيرات الثلاثة لمصادر سوء التغذية فى البلاد النامية. ليس فى هذا ما يثير الدهشة، لأنه من غير المحتمل أن يغطى أى تفسير وحيد المنظومات الثقافية والاقتصادية المنوعة الموجودة فى مستعمرات الإمبراطورية. أحد جوانب التقرير المهمة التى تصدق أيضا على السياسة الاستعمارية بالنسبة للشئون الزراعية والطبية والعلمية، هى أن التنوع الموجود فى المستعمرات قد حجبه افتراض أن كل المستعمرات لها بيئة مشتركة كمناطق حارة، وبها شعوب تتوحد فى تخلفها. وهكذا يصبح الكيان الإدارى كيانا "طبيعيا". الأدلة التى فى التقرير تشير بالفعل بما لها من ثقل إلى أن مشكلة سوء التغذية فى المستعمرات لم يتم تصور مفهوم لها إلا فى ثلاثينيات القرن. وليس هذا فحسب، بل إن هناك أيضا حقيقة أنها ظاهرة جديدة على الأرض فى المستعمرات. مما يثير الاهتمام، أنه فى ضوء من المناقشات الأحدث، لم يكد يرد أى ذكر للنمو السكانى كعامل مهم فى المشكلة. التفسيرات التى طرحت للمشكلة هى تأثير الركود العالمى، وتمزق عرى الممارسات الزراعية التقليدية، وتطبيق معارف التغذية الجديدة واتخاذ مواقف جديدة من شعوب المستعمرات.

هذا وقد كان "اكتشاف" سوء التغذية فى المستعمرات نتيجة للانتقال المباشر "لأبحاث مسح الغذاء" من المركز إلى الأطراف. النقطة المهمة هنا هى أن هذا الانتقال كان مباشرا ولم يتضمن تشكيل علم خصوصى للتغذية فى المناطق الحارة. لما كان علم التغذية له جذوره فى علمين أساسيين هما الفيزيولوجيا والكيمياء الحيوية، فإن ذلك كان يسمح بطريقة تناول مشتركة لمشاكل تنتشر على نطاق العالم، وهى مشاكل كانت تنكرها قبل ذلك مثل طب المناطق الحارة وزراعة المناطق الحارة. وبالتالى، فإن خبراء التغذية البازغين وأولئك الخبراء الذين طبقوا تقنياتهم، كانوا بمنزلة هيئة العمل الفعالة الرئيسية فى الكشف عن الصورة الجديدة للمرض فى المستعمرات. أما ما ترتب بعد ذلك من "إدراك" سوء التغذية بواسطة صانعى سياسة المستعمرات، فكان أمرا يعتمد كله تقريبا على تأثيرات الركود العالمى فى الزراعة فى العالم وفى اقتصاديات المستعمرات. اتجه النظر على نحو ساذج إلى السكان المحليين على أنهم السوق المحتمل لفوائض الزراعة فى العالم. أما ما كان أكثر مباشرة من ذلك فهو أن الضغط السياسى المتزايد على القوى الإمبريالية من الداخل والخارج معا، كان يعنى أن هذه المشاكل يجب أن تتم مجابهتها أو يجب على الأقل أن ينظر إليها على أنها مما يجابه. وكما يحدث دائما فإن الاستجابة الرسمية للدعوى إلى إجراء أبحاث، بدت أمرا بناء يمكن دائما أن يُطرح أنه كان بمنزلة المقدمة التى تسبق الإجراء الفعال. لاشك فى أن توصيف خواص المشكلة قبل ١٩٣٨ كان على أنها أساسا مشكلة اقتصادية، وارتبط ذلك بوضوح مع تفاعلات أوسع ضد المذهب الاستعمارى. لم يكن من غير الشائع فى بريطانيا قبل ثلاثينيات القرن أن تترابط معا أبحاث المسح الغذائى والآراء السياسية الراديكالية. ولكن كما حدث فى بريطانيا، فإن الأبعاد التقنية للمشكلة أتاحت نسيان هذه الراديكالية عندما تغير تعريف المشكلة، من تعريف لبنية غير ملائمة إلى تعريف لمعرفة غير كافية. وقد أدى التشديد النهائى فى هذا الموضوع على "جهل الأهالى" والتأخر العام فى المستعمرات، إلى أن أتاح تجاهل الأصول الحديثة للمشكلة. تمت إعادة تركيب مشكلة سوء التغذية فى المستعمرات تركيبا سريعا سهلا، بأن تحول النظر إليها من مشكلة وبائية إلى مشكلة متوطنة، حيث المذهب الاستعمارى غير مسئول عنها إلا أقل مسئولية، ولا يمكنه أن يمارس تجاهها إلا أقل تحكم.

المساهمون فى سطور:

دافيد أرنولد : محاضر بقسم التاريخ بجامعة لانكستر .

مؤلف كتاب Police Power and Colonial Rule 1986

يهتم فى كتاباته بالفترة الاستعمارية فى القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين فى الهند .

يعمل حاليا على بحث فى تاريخ الطب والدواء فى الهند .

أى. جى . كاتاناتش : محاضر فى التاريخ بقسم التاريخ بجامعة كانتربرى - نيوزيلاندا .

من مؤلفاته Rural Credit in Westren India 1970 ، وله إسهامات متعددة حول التاريخ المعاصر فى الهند .

والتراد إيرنست : باحثة مشاركة فى المعهد التأهيلى لتاريخ الطب بلندن، نالت درجاتها العلمية من جامعة كونستانز فى السياسة العالمية وعلم النفس . حصلت على درجة الدكتوراه من مدرسة الدراسات الشرقية والأفريقية فى لندن عام ١٩٨٧، وتعد كتابا عن تاريخ الوجود الأوروبى فى المستعمرات الهندية.

جون فارلى : أستاذ علم البيولوجيا وأستاذ مشارك التاريخ بجامعة دالوزى بكندا.

من مؤلفاته : Gametes and spores 1982

رينالدو إيلتو: محاضر بقسم التاريخ بجامعة جيمس كوك - كونيلا فتر الشمالية أستراليا.

يعمل على مشروعات مختلفة متعلقة بالتاريخ الحديث فى الفلبين.

من مؤلفاته: Pasyon and Revolution 1979

مارينز ليونز : باحثة مشاركة بقسم علوم الصحة الاستوائية بمدرسة لندن للصحة والطب الاستوائى. تعد حاليا لدرجة الدكتوراه فى قسم التاريخ بجامعة كاليفورنيا - لوس أنجلوس.

مالكلولم نيكلسون : باحث مشارك فى المعهد التأهيلى للتاريخ والطب فى لندن، ويعمل على تاريخ الطب والعلوم الحديثة، يعد حاليا دراسة حول السياق الاجتماعى لعلم النبات فى القرن التاسع عشر بنيوزيلاندا.

تيرنس راجر: أستاذ العلاقات العرقية بجامعة أوكسفورد. ألف عددا كبيرا من الكتب والرسائل حول الديانات الأفريقية والسياسة والثقافة الاستعمارية الشعبية فى أفريقيا .

مايكلووربويز: محاضر فى التاريخ بقسم الدراسات التاريخية والنقدية فى معهد شيفيلد للفنون التطبيقية، وبحثه الأساسى يهتم بالعلوم خاصة العلوم الطبية فى الإمبراطورية البريطانية ، ويعمل حاليا على دراسة أثر نظريات دراسة الجراثيم على الطب البريطانى فى الفترة من ١٨٨٠-١٩١٤.

المحرر في سطور:

دافيد أرنولد

مدرس في قسم التاريخ بجامعة لانكستر، وهو مؤلف كتاب "سلطة الشرطة والحكم الاستعماري: مدارس، ١٨٥٩-١٩٤٧: (١٩٨٦)، وكتاب "المجاعة" (١٩٨٨). وكتب عن سياسية العمل للمزارعين هي والاستعمار في الهند في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين. وهو حاليًا يضطلع يبحث عن تاريخ المرض والطب في الهند البريطانية .

المترجم فى سطور:

د. مصطفى إبراهيم فهمى

- دكتوراه الكيمياء الباثولوجية، لندن، ١٩٦٩.
- ترجم ما يزيد عن ٦٠ كتابًا فى الثقافة العلمية.
- حصل على جوائز عديدة عن ترجمة كتب الثقافة العلمية من المجلس الأعلى للثقافة فى مصر، ومن معارض الكتب فى القاهرة والكويت والإمارات.

التصحيح اللغوى : عبد المجيد البطاوى

الإشـراف الفنـى: حســـن كامـــل